

診療料金精算書

令和 年 月 日

(あて先) 寝屋川市長

申請者 住所 _____

氏名 _____

電話 _____

(診療を受けた者との続柄)

私は、下記のとおり寝屋川市立保健福祉センター診療所(休日診療)の診療料金精算を申請いたします。

1. 診療を受けた日 令和 年 月 日

2. 診療を受けた者

住所 _____

氏名 _____

生年月日 S・H・R 年 月 日

3. 診療科目 内科 ・ 小児科 ・ 歯科

4. 実費徴収金額 金 _____ 円

※還付(精算)額は各医療保険及び医療助成の割合に応じて計算し、還付します。

5. 振込先口座情報

銀行	支店	普通・当座
口座番号	口座名義人(カタカナ)	