

(あて先) 高 崎 市 長

上記金額の支払いを請求します。

電話番号

振込先	
金融機関名	
支店名	支店
種別	普通(総合)・当座
口座番号	
口座名義 (カタカナで)	

内 訳

請求日 令和 年 月 日

NO	被保険者番号	氏 名	住 所	金 額	調 査 日
1					・ ・
2					・ ・
3					・ ・
4					・ ・
5					・ ・
6					・ ・
7					・ ・
8					・ ・
9					・ ・
10					・ ・
			合 計		

在 宅	4,400円	施 設	3,300円
-----	--------	-----	--------

※消費税込みの金額です。

検	収