

請 求 書

豊富町長 河 田 誠 一 様

住 所

氏 名 _____ (印)

口座振込先金融機関名

口座番号 (普通・当座) _____

下記のとおり請求します。

令和 年 月 日

金額 _____ 円

但し、令和 年 月診療分に係る国民健康保険一般被保険者高額療養費
として