

請求書

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
| | | | | | | | |

ただし、令和 年度京丹後市後期高齢者歯科健康診査費用
令和 年 月実施分として、上記の金額を請求します。

(内訳)

| 受診した人数① | 単価（税込）② | 合計金額①×② | 消費税（10%内税） |
|---------|---------|---------|------------|
| | 4,940円 | 円 | 円 |

(消費税は1人あたり449円)

↑人数を入力すると、右隣の合計金額と消費税は自動で計算

令和 年 月 日

京丹後市長 様

請求者

住所

医療機関名

代表者名

⑨

登録番号

| | |
|----------------|--|
| 下記口座に振り込み願います。 | |
| 振込先金融機関 支店名 | |
| 預金種類 | |
| 口座番号 | |
| 口座名義 | |

(受診券（原本）、問診票（市用）、健診票（市用）を添付し翌月10日までに市保険事業へご提出ください。)

(裏面へ)

請求内訳書

| 受診年月日 | 受診者氏名 |
|-------|-------|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |
| 9 | |
| 10 | |
| 11 | |
| 12 | |
| 13 | |
| 14 | |
| 15 | |
| 16 | |
| 17 | |
| 18 | |
| 19 | |
| 20 | |