様式第１号

令和　　年　　月　　日

みなし健診請求書

別府市長　宛て
（別府市医師会経由）

所在地
医療機関名
代表者名

令和　　年　　月実施分の国保加入者対象のみなし健診について下記のとおり報告します。
なお、みなし健診費用は下記の口座名義にお支払いいただくようお願いいたします。

金　　円（税込）

（内訳）

実施件数	件

【振込先口座】

金融機関名	銀行　・　信用金庫 農協　・　信用組合 労働金庫							本店 支店 出張所
預金種別	１．普通　　２．当座							
口座番号								＊右詰で記入してください
フリガナ								
口座名義人								