

歯科健診料一括請求書

トヨタ自動車健康保険組合 様

医療機関名	
医療機関住所	〒 -
電話番号	
歯科医師名	

金 円也 内訳 @3,150 × _____名分

被保険者証 記号番号	氏 名	本 人 家 族	健 診 日	治療必要 性の有無
-		本・家	年 月 日	有・無
-		本・家	年 月 日	有・無
-		本・家	年 月 日	有・無
-		本・家	年 月 日	有・無
-		本・家	年 月 日	有・無
-		本・家	年 月 日	有・無
-		本・家	年 月 日	有・無
-		本・家	年 月 日	有・無

振 込 先 医 療 機 関	銀 行 信用金庫 信用組合		本 店 支 店 出張所
	口座番号	普 通 ・ 当 座	No .
	フリガナ		
	口座名義		

郡市区歯科医師会へ健診票と共に提出してください。
郡市区歯科医師会では本紙のコピーをとってください。