令和　　年　　月　　日

岩手県立中央病院長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会社名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　印

医療費の支払について（依頼）

下記の内容のとおり、当社でお支払いいたしますので請求書の送付をお願いいたします。

1. 患者氏名：
2. 生年月日：
3. 住所：
4. 診療期間：令和　　　年　　　月　　　日～令和　　　年　　　月　　　日
5. 保険証使用：　　有（3割負担）　　　・　　　　無（自費課）
6. 支払方法：　　コンビニエンスストア払込取扱票　　　・　　　口座振込
7. 請求書送付先

住所

担当者名

電話番号