

第18号様式

請 求 兼 領 収 書

主管名	保険年金課	金額		百		十	億		千		百		十	万		千		百		十	円	請求書 番 号			
但 し																									
令和 年 月分 国民健康保険療養費(コルセット) 一般 ・ 退職																									
受診月 令和 年 月 受診者 分																									
																						年月日(確認欄)			
																						決定済 印			

上記の金額を請求します。	
伊 東 市 長 様	
〒 □ □ □ - □ □ □ □	
債権者番号	住 所
氏 名	印
債権者番号を登録されていない債主は下欄にも記入して下さい。	
支払方法	振 込 窓口払 その他()
振込先銀行	銀行 支店
口座番号 (当・普・別)	
口座名義 (カタカナ)	
上記の金額を領収しました。	
年 月 日	
伊東市会計管理者 様	
収入印紙	氏名 印

第18号様式

請 求 兼 領 収 書

主管名	保険年金課	金額		百		十	億		千		百		十	万		千		百		十	円	請求書 番 号			
但 し																									
令和 年 月分 国民健康保険療養費(コルセット) 一般 ・ 退職																									
受診月 令和 年 月 受診者 分																									
年月日(確認欄)																						決定済 印			
上記の金額を請求します。																									
伊 東 市 長 様																									
〒 □ □ □ - □ □ □ □																									
債権者番号 住 所																									
氏 名 印																									
債権者番号を登録されていない債主は下欄にも記入して下さい。																									
支払方法 振 込 窓口払 その他()																									
振込先銀行 銀行 支店																									
口座番号 (当 普・別)																									
口座名義 (カタカナ)																									
上記の金額を領収しました。																									
年 月 日																									
伊東市会計管理者 様																									
収入印紙 氏名 印																									