

様

年 月分 交通事故調剤報酬請求書(薬局)

患者氏名	①調剤報酬金額	②文書作成料	①+②
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
合計	円	円	円

上記のとおり 円を請求致します。

\* 調剤報酬金額明細は添付請求明細書をご覧ください。

年 月 日

薬局所在地

担当

支払い振込先

関西みらい銀行(コード 0159)

梅田中央支店(店番 138) 普通預金0748010

ダイヒョウトリシマリヤク フクモトヤスユキ

(株)ヘルシーワーク 代表取締役 福本康幸 に入金お願い致します。