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
	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
株式会社　ヘルシーワーク　　に入金をお願い致します。

※代表取締役が変更になったためお振込みの際は法人名のみでお願い致します。
法人名・口座番号に変更はありません。