

# 請 求 書

令和 年 月 日

地方独立行政法人

大阪市民病院機構理事長 様

住所又は事務所所在地

商号又は名称

氏名又は代表者氏名印

次のとおり請求します。

金 額	円也
内 容	
-----	
-----	
-----	
-----	
-----	
-----	

※ 金額の前には必ず¥を付けてください。

債権者登録済の金融機関の口座に振り込んでください。

債権者番号			
-------	--	--	--

次に指定する金融機関の口座に振り込んでください。

金融機関 名 称	銀行・信用金庫 信用組合・労働金庫 農業協働組合	支店名称	支 店
			出張所
預金種別	普通・当座・貯蓄・その他( )	口座番号	
フリガナ 口座名義	-----		
	-----		
	-----		