

# 沖縄結核患者特別措置医療費支払請求書

沖縄県知事 殿

令和 年 月 日

医療機関の所在地 東京都文京区本駒込 2-28-16

及び名称 医療法人 オルカ医院

開設者氏名 医療法人 オルカ医院 理事長 オルカ 印

12月審査分	請求金額	¥	74,850 円
--------	------	---	----------

口座振替申出表示	
金融機関の名称	ああああああ銀行
支店名	いいいいいい支店
預金の種類	普通預金
口座番号	0000000000
口座名義	うううううううううううううううう