

熊本地震被災動物診療支援請求書

FAX 送信先：日本獣医師会（03-3475-1604）

下記のとおり、飼い主の本人確認（被災状況の確認）と診療券番号の確認を行った上、診療を実施し、被災者の所有する動物の診療費の立替を行いましたので、その費用を請求いたします。

獣医師情報	獣医師名	
	動物病院名 住 所	
	電話番号	
振込先情報	振込先銀行名	(銀行コード)
	支店名	(支店番号)
	種別	普通・当座・貯蓄・その他 該当に○
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義	

※ 2 度目以降の請求で、振込先が初回請求と同一の場合は
振込先情報は空欄で結構です。

請求日 年 月 日

診療券 合計 _____ 枚 _____ 円

飼育者記入欄	フリガナ	
	飼い主名	
	ご住所	
	電話番号	
	ペット名	(犬・猫・その他)
病院記入欄	診療内容	
	受診年月日	年 月 日
	診療券番号	~
	診療券枚数	枚・合計 円

飼育者記入欄	フリガナ	
	飼い主名	
	ご住所	
	電話番号	
	ペット名	(犬・猫・その他)
病院記入欄	診療内容	
	受診年月日	年 月 日
	診療券番号	~
	診療券枚数	枚・合計 円

飼育者記入欄	フリガナ	
	飼い主名	
	ご住所	
	電話番号	
	ペット名	(犬・猫・その他)
病院記入欄	診療内容	
	受診年月日	年 月 日
	診療券番号	~
	診療券枚数	枚・合計 円