令和　　年　　月　　日

医療法人社団○○会

設立代表者　　　　　　　　　　様

（基金の引受けの申込みをしようとする者）

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　印

電話番号 （ ）

基　金　引　受　申　込　書

医療法人社団　　　　会の定款及び募集事項等の記載事項を承認の上、下記のとおり基金を引き受けたく申し込み致します。

記

１　引き受けようとする金銭の額

２　引き受けようとする金銭以外の財産の内容及びその価額

（内　　訳）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 種　　　別 | 金額（単位：円） | 内　　　　　　　　　容 |
| 預　　　　　金医業未収金医　薬　品　等建　　　　　物医療用器械備品…… |  |  |
| 資　産　合　計 |  |  |
| 負　　　　　債 |  |  |
| 差　　引　　額（基金拠出額） |  |  |

（作成上の注意）

医業未収金を拠出する場合は、内容欄に、「社会保険・国民健康保険診療報酬（令和○年○月分・○月分）」と記載。