

# 請 求 書 ( 年 月 ~ 月 )

(アラビア数字で記載し、頭書に¥の記号を付し、訂正しないでください。)

	億	千万	百万	十万	万	千	百	十	円
金 額									

(内訳) 風しん抗体検査 (H I 法)

@ 6, 0 9 4 × 件 = 円

風しん抗体検査 (E I A法)

@ 7, 4 2 5 × 件 = 円

風しん予防接種 (MR)

@ 7, 0 7 0 × 件 = 円

風しん予防接種 (単独)

@ 5, 0 1 0 × 件 = 円

上記の金額を請求します。

年 月 日

(宛先) 高松市長

債権者 医療機関所在地  
 医療機関名  
 代表者職氏名 印

連絡先 \_\_\_\_\_

発行担当部署長氏名 \_\_\_\_\_

発行担当者氏名 \_\_\_\_\_

振込先	銀行 信金 農協 (支)店									
	預金種目	当座 <input type="checkbox"/>	普通 <input type="checkbox"/>	口座番号						
	フリガナ									
	口座名義									

**おねがい**

1. 預金口座のある金融機関の店舗名、口座番号 (左詰めでご記入ください) 及び口座名義を記載してください。なお、預金種目欄にあつては、該当する預金種目の□箇所に印を付してください。
2. 請求者と受領者が委任により異なる場合は、受領権限についての委任状を添付してください。