

東 村

高齢者インフルエンザ予防接種 請求書(月分)

平成 年 月 日

(公社)北部地区医師会
会 長 上地 博之 殿

住 所

医療施設名

院 長 名

Ⓜ

電 話 番 号

F A X 番 号

委託契約に基づく予防接種を下記のとおり実施したので、予診票を添付のうえ請求致します。

請求金額 円

項 目	単価 (税込み)	人数	金額
予診のみ	1,080円	人	円
予診及び接種	3,984円	人	円
合計		人	円

口座振替申立表示	
銀 行 名	銀行 支店
預 金 の 種 類	普通預金 ・ 当座預金
口 座 番 号	No.
フリガナ	
口 座 名 義	

※振込先口座について、初めて請求書を送付する施設については、通帳口座名義(フリガナ)が記載されている部分をコピーし請求書へ添付下さい。振込先変更(銀行・支店名・名義等の変更)の場合も同様に、コピーを添付し変更日も記載下さい。