

請 求 書

(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。)

| | | | | | | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 金 額 | | 十 | 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
| | | | | | | | | | | | |

ただし、風しん抗体検査 (H I 法による)

@ 6, 0 2 8 × 件 = 円

上記の金額を請求します。

年 月 日

香川県知事 殿

住 所

債権者 医療機関名

(フリガナ) 氏 名 (法人にあつては、
その名称及び代
表者の職氏名)

| | | | | | | | | | | | | |
|------------|-------------------------------------|--------------------|--------------------------------|---|----------|--|--|--|--|--|--|--|
| 支払の 方 法 | 口 座 | 銀行 (支) 店 | | | | | | | | | | |
| | 振替払 | 預金 種目 | 当座 <input type="checkbox"/> | 普通 <input checked="" type="checkbox"/> | 口座 番号 | | | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | (フリガナ) 口座 名義 | | | | | | | | | | |

- 1 希望する支払の方法の口の箇所にレ印を付してください。
- 2 口座振替払は、預金口座のある金融機関の店舗名、口座番号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口箇所にレ印を付してください。
- 3 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。
- 4 責任者職・氏名、担当者職・氏名及び連絡先を下記に記載してください。請求者の押印がある場合は記載を省略することができます。

お
ね
が
い

責任者 職・氏名

担当者 職・氏名

連 絡 先
