

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 9 4 × 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										

- 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。
- 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。
- 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。
- 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 _____