

あて

医療機関名

住所

名称

氏名

印

医療機関コード

令和7年度 高齢者等インフルエンザ予防接種委託料請求書

() 月分のインフルエンザ予防接種を実施しましたので、予診票を添えて下記のとおり請求します。

請求金額 円

費用徴収区分	単価 消費税含(円)	件数(件)	金 額 (円)
費用徴収 有	3,758	(a)	(A)
費用徴収 無	5,258	(b)	(B)
	合計	(a)+(b)	(A)+(B)

※押印を省略した場合のみ記載(宇治市への請求時のみ使用可能)

発行責任者

(連絡先 Tel)

担 当 者

(連絡先 Tel)

* 下記については、年度初回の請求時のみ記入してください。(2回目以降は、内容の変更がある場合のみ記入してください。)

金融機関名

銀行
信用金庫
農 協

本店・支店

口座番号

普通・当座

番

フリガナ

口座名義人