

請 求 書

(令和 7 年度)

金 額

	百万			千				
		¥	4	6				

金額欄は **訂正不可**

書き損じの時は書き直し
他は二重線と押印で訂正可

上 記 の 金 額 を 請 求

上記の請求金額を次の口座に振込み願います。

北 國	銀行 金庫	本店 支店	口 座 番 号							
			普通 ・ 当 座	1	2	3	4	5	6	7
			フリガナ	イ) ツバタカイ ツバタイイン リジチョウ ケンコウ スイシン						
			口座名義	医療法人社団 津幡会 津幡医院 理事長 健康推進						

(※口座名義は正確に記入ください。)

日付は作成日か発送日。

令和 7 年 1 2 月 1 日

10日を過ぎた場合は

未記入でお願いします。

津 幡 町 長

* 医療法人の場合は

医療法人名も

必ず記載する。

住 所 津幡町字加賀爪ニ3番地

医療機関名 医療法人社団 津幡会

氏 名 津幡医院 理事長 健康推進



予防接種 令和 7 年 1 1 月分の接種券(予診票)を添えて請求します。

記

シャチハタ不可

朱肉印で鮮明に

* 医療法人の場合は

法人印も必ず押す。

予防接種の種類	費用負担の別	単 価	件 数	金 額
インフルエンザ	費用負担あり	3,230 円		
	費用負担なし	4,530 円		
新型コロナ	費用負担あり	10,480 円	2 件	20,960 円
	費用負担なし	14,980 円	1 件	14,980 円
	合 計		6 件	46,930 円