

広島市長 様

広島市請求用

令和 年 月 日

医療機関等名称 :

医療機関等番号(10桁):

郵便番号(ハイフンなし):

医療機関等の所在地 :

代表者職氏名 :

担当者氏名 :

電話番号 :

|         |           |       |  |
|---------|-----------|-------|--|
| 金融機関コード |           | 支店コード |  |
| 金融機関名   |           | 支店名   |  |
| 預金種別    | 1:普通 2:当座 | 口座番号  |  |
| フリガナ    |           |       |  |
| 口座名義人   |           |       |  |

※通帳の写し(上記の情報が確認できるページ)を添付してください。

風しんの予防接種第5期(特例) 請求書(実績報告書)

※以下、太線枠内を記載してください。

|           |   |
|-----------|---|
| 令和 年 月請求分 |   |
| 請求金額 :    | 円 |

※広島市のクーポン券(特例)を使用した予防接種を記載してください。

※有効期限が「2025年3月31日」以前の「成人男性の風しん対策事業クーポン券」は使用できません。

|      | 区分   | 単価(税込) | 医療機関等記入欄 |          | 広島市使用欄 |          |
|------|------|--------|----------|----------|--------|----------|
|      |      |        | 請求件数     | 請求金額(税込) | 決定件数   | 決定金額(税込) |
| 予防接種 | 通常   | 10,652 |          |          |        |          |
|      | 予診のみ | 3,535  |          |          |        |          |
|      | 合計   |        | 件        | 円        |        |          |