

尾道市長 様
市区町村番号

請求年月日 令和 7 年 7 月 5 日

3	4	2	0	5	0
---	---	---	---	---	---

代表者印の押印をお願いします。
下部にある責任者及び担当者の氏名、電話番号を記載いただくことで押印を省略することも可能です。
※責任者、担当者は同一でも構いません。

住所 尾道市門田町22-5
医療機関名 健康推進クリニック
代表者氏名 健康 推進
電話番号 0848-24-1961



風しん対策 市区町村別請求書

風しんの追加的対策に係る費用の支払については、次の名義の預金口座に
支払っていただくよう依頼します。

振込先	●●銀行	支店名	●●支店
預金種目	普通	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
(フリガナ)	ケンコウスイシンクリニック		
口座名義人	健康推進クリニック		

		単価 (税込)	請求件数	請求金額 (税込)
予防接種	麻しん風しん混合 (MR) ワクチン	9,980	2	19,960
	風しん単独ワクチン	6,480		
	予診のみ	1,880		
合計			2	19,960

消費税率	10 %
------	------

責任者氏名	健康 推進	電話番号	0848-24-1961
担当者氏名	健康 医療	電話番号	0848-24-1961