請求書　　11,200 枚

風しん抗体検査受託報酬請求書
（令和８年６月～令和９年３月検査用）

（宛 先）
京都市長

年　　月　　日

コード番号

医療機関所在地

名　称

氏　名

下記のとおり請求します。

年　　月分　　請求金額 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 円

区　　分	件　　数	単　　価	金　　額
風しん抗体検査 （ピンク色）		6,963円	

08.06