

〒 000-0000
所在地住所
医療機関等名称 様

13●●●●●●●●●●

様式三

風しん対策抗体検査・予防接種費 支払額通知書

東京都国民健康保険団体連合会
令和◆年◆月◆日 作成

令和◆年◆月 分

被振込銀行		振込日
銀行名	支店名	令和 ◆ 年 ◆ 月 ◆ 日

医療機関等番号	13●●●●●●●●●●
---------	--------------

区分	件数	金額（税込）
決定	●	●, ●●●
調整		
確定	●	●, ●●●

振込額	●, ●●●	円
-----	--------	---