（第　　回）

入　　札　　書

件　名　令和７年度福島県後期高齢者医療広域連合後発医薬品差額通知発送及び発送後の効果分析業務

入札通知書及び仕様書等を熟読の上、下記のとおり入札します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　額  （税抜） | 億 | 千 | 百 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |

　　　　　　注）上記金額は、郵送料￥1,275,000円を含むものとする。

令和　　年　　月　　日

　　　　　所在地

入札者　　名　　　　称　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　代表者職氏名

　　　　　代理人　　　　　　　　　　　　　　印

福島県後期高齢者医療広域連合長　様

注）金額の文字の頭に、￥を付すこと。