

記入例

稲城市長
市区町村番号

1 3 2 2 5 0

医療機関所在地 ○○県○○市○○町○丁目○番○号

代表者氏名 労働次郎

電話番号 ○○○-○○○-○○○○

風しん対策 市区町村別請求書

医療機関・健診機関番号

1234567890

医療機関・健診機関名称

厚労病院○○○○○○○○○○○○○○

請求年月

2025年3月分

請求金額

36,905 円

		請求件数	税込単価	小計
抗体検査	①健診・HI法		1,419	0
	②健診・EIA法		2,948	0
	③HI法	3	5,423	16,269
	④EIA法		6,952	0
	⑤夜間休日・HI法		5,973	0
	⑥夜間休日・EIA法		7,502	0
	小計	3		16,269
予防接種	通常	2	10,318	20,636
	予診のみ		3,168	0
	小計	2		20,636
合計		5		36,905

消費税率 10%

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口座振替されるよう依頼します。

振込先金融機関名	○○○	支店・本店
○○○○○	銀行・信用金庫	出張所
	農協・信用組合	
預金種目	当座・普通	口座番号
		1234567
振込口座名	フリガナ：コウロウビョウイン○○○○	
	厚労病院○○○○○○○○○○○○○○	

添付書類

 抗体検査受診票、予診票