

市区町村長様

請求年月日 令和 年 月 日

市区町村番号

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

住所

代表者氏名

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

医療機関・健診機関名称

請求年月

2025年3月分

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。

| | | | |
|---------|-----------|----------|--|
| (金融コード) | | (支店名コード) | |
| 振込先 | 銀行 | 支店名 | |
| 預金種目 | 1：普通 2：当座 | 口座番号 | |
| (フリガナ) | | | |
| 口座名義人 | | | |

| | | 請求件数 | 請求金額 (税抜) | 請求金額 (税込) |
|------|------------|------|--------------|--------------|
| 抗体検査 | ①健診・HI法 | | | |
| | ②健診・EIA法 | | | |
| | ③HI法 | | | |
| | ④EIA法 | | | |
| | ⑤夜間休日・HI法 | | | |
| | ⑥夜間休日・EIA法 | | | |
| | 小計 | | | |
| 予防接種 | 通常 | | | |
| | 予診のみ | | | |
| | 小計 | | | |
| 合計 | | | | |

消費税率 10 %

※予診のみの費用を市区町村が設定していない場合（0円の場合）は、本請求書に計上しないこと。