

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。