

〇〇〇市区町村長様

市区町村番号

--	--	--	--	--	--

クーポン券に記載の
6桁の番号を転記

(記載例)

請求年月日 令和〇年〇月〇日

4月以降に請求する場合は、令和7年3月31日とすること。↑

所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号

代表者氏名 労働次郎

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

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	厚労病院〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
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)	1234	(支店名コード)	123
振込先	〇〇銀行	支店名	〇〇支店
預金種目	1：普通 2：当座	口座番号	1234567
(フリガナ)	コウセイビョウイン〇〇〇〇		
口座名義人	厚労病院〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		

		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	1件当たり	1,290	1,419
	②健診・EIA法	1件当たり	2,680	2,948
	③HI法	1件当たり	4,930	5,423
	④EIA法	1件当たり	6,320	6,952
	⑤夜間休日・HI法	1件当たり	5,430	5,973
	⑥夜間休日・EIA法	1件当たり	6,820	7,502
	小計			
予防接種	通常	1件当たり	9,261	10,187
	予診のみ	1件当たり	1,728	1,900
	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。