

新宿区長 様

市区町村番号

1	3	1	0	4	1
---	---	---	---	---	---

住所

医療機関番号

医療機関名

代表者氏名

電話番号

風しん対策 市区町村別請求書(令和7年 3 月分)

請求金額

円

風しんの追加的対策に係る費用として、上記の金額を請求いたします。

[内訳]

		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%

風しんの追加的対策に係る費用の支払については、以下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		支店名	
預金種目		口座番号	
(フリガナ)			
口座名義人			