

倉敷市長様
市区町村番号

請求年月日 令和 年 月 日

3	3	2	0	2	0
---	---	---	---	---	---

所在地
医療機関名
代表者氏名
電話番号
医療機関・健診機関番号

風しん対策 市区町村別実績報告書 兼 請求書

請求年月 2025年3月

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		支店名	
預金種目	・普通	・当座	口座番号
(フリガナ)			
口座名義人			

		単価 (税込)	請求件数	請求金額 (税込)
抗体検査	①健診・HI法	1,419円		円
	②健診・EIA法	2,948円		円
	③HI法	5,423円		円
	④EIA法	6,952円		円
	⑤夜間休日・HI法	5,973円		円
	⑥夜間休日・EIA法	7,502円		円
	小計		件	円
予防接種	MRワクチン	10,450円		円
	風しん単独ワクチン	6,853円		円
	予診のみ	3,168円		円
	小計		件	円
合計			件	円

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。