

長様

請求年月日

令和 年 月 日

市区町村番号

医院所在地

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

令和 年 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・信金・農協	支店名	本店・支店・支所
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 【a】	単価（税抜） 【b】	単価（税込） 【c(b×1.1)】	請求金額（税込） 【a×c】
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	接種（MRワクチン使用）				
	接種（風しん単味ワクチン使用）				
	予診のみ				
	小計				
合計					

消費税率	10	%
------	----	---

※単価は住所地市町村に確認すること。

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。

(川崎市以外市町村宛て 記載例)

〇〇〇市区町村長様

請求年月日 令和〇年〇月〇日

市区町村番号

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

- ①請求先市町村に様式の用意があれば、そちらを利用してください。
- ②「〇〇〇市区町村長様」は請求先に応じて変更してください。
- ③市区町村番号は、クーポン券に記載の6桁の数字を記載してください。

川崎市〇〇区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

厚労病院〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

請求年月

令和6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	厚労病院〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		

各単価は市町村によつてゐるため、住所地市町村に確認すること。

		請求件数 【a】	単価（税抜） 【b】	単価（税込） 【c(b×1.1)】	請求金額（税込） 【a×c】
抗体検査	①健診・HI法	4	1,290	1,419	5,676
	②健診・EIA法	2	2,680	2,948	5,896
	③HI法	0	4,930	5,423	0
	④EIA法	0	6,320	6,952	0
	⑤夜間休日・HI法	0	5,430	5,973	0
	⑥夜間休日・EIA法	0	6,820	7,502	0
	小計				11,572
予防接種	接種（MRワクチン使用）	3	10,000	11,000	33,000
	接種（風しん単味ワクチン使用）	1	6,870	7,557	7,557
	予診のみ	0	2,820	3,102	0
	小計				40,557
合計					52,129

①予防接種に風しん単味ワクチンを使用することができるかは、市町村によつてゐるため、住所地市町村に確認すること。

②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。