

川崎市長様
市区町村番号

請求年月日 令和 年 月 日

1	4	1	3	0	5
---	---	---	---	---	---

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		1,290	1,419	
	②健診・EIA法		2,680	2,948	
	③HI法		4,930	5,423	
	④EIA法		6,320	6,952	
	⑤夜間休日・HI法		5,430	5,973	
	⑥夜間休日・EIA法		6,820	7,502	
小計					
予防接種	接種（MRワクチン使用）		10,000	11,000	
	接種（風しん単味ワクチン使用）※		6,870	7,557	
	予診のみ		2,820	3,102	
	小計				
合計					

※ 令和7年1月20日以降の接種のみ認める。

川崎市長様
市区町村番号

(川崎市宛て 記載例)

請求年月日 令和〇年〇月〇日

1 4 1 3 0 5

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 厚労病院〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

請求年月 令和〇年〇月分

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	厚労病院〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		

	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	

※ 令和7年1月20日以降の接種のみ認める。