

令和 年 月 日

始良市長 湯元 敏浩 殿
市区町村番号

4	6	2	2	5	0
---	---	---	---	---	---

医療機関名

代表者氏名

電話番号

印

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

		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%
------	-----

※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。

令和〇年〇月〇日

始良市長 湯元 敏浩 殿
市区町村番号

(記載例)

4 6 2 2 5 0

クーポン券に記載の
6桁の番号を転記

医療機関名 医療法人〇〇会 〇〇病院
代表者氏名 理事長 〇〇 〇〇
電話番号 0995-〇〇-〇〇〇〇

印

風しん対策 市区町村別請求書

医療機関・健診機関番号 123456
医療機関・健診機関名称 医療法人〇〇会 〇〇病院
請求年月 令和7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)	1 2 3 4	(支店名コード)	0 1 2
振込先	〇〇銀行	支店名	〇〇支店
預金種目	普通	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
(フリガナ)	イヨウホウジン〇〇カイ 〇〇ヒョウイン リジチョウ 〇〇		
口座名義人	医療法人〇〇会 〇〇病院 理事長 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	0	0	0
	②健診・EIA法	0	0	0
	③HI法	2	9,860	10,846
	④EIA法	1	6,320	6,952
	⑤夜間休日・HI法	0	0	0
	⑥夜間休日・EIA法	0	0	0
小計		3	16,180	17,798
予防接種	通常	1	9,280	10,208
	予診のみ	0	0	0
	小計	1	9280	10208
合計		4	25,460	28,006

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。