亀山市長　様　　令和　　年　　月　　日

市区町村番号

| 2 | 4 | 2 | 1 | 0 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|

医療機関名

住所

氏名　　㊞

# 風しん追加的対策(抗体検査・MRワクチン接種）請求・報告書

医療機関・健診機関番号

医療機関・健診機関名称

請求年月　　2025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
振込されるよう依頼します。

| 振込先 | 銀行 | 支店名 | 支店 |
|---|---|---|---|
| 預金種目 | 1：普通　2：当座 | 口座番号 | |
| （フリガナ） | | | |
| 口座名義人 | | | |

| | | 単価（円）（税込） | 人数（人） | 請求金額（円）（税込） |
|---|---|---|---|---|
| 抗体検査 | ①健診・HI法 | 1,419 | | |
| | ②健診・EIA法 | 2,948 | | |
| | ③HI法 | 5,423 | | |
| | ④EIA法 | 6,952 | | |
| | ⑤夜間休日・HI法 | 5,973 | | |
| | ⑥夜間休日・EIA法 | 7,502 | | |
| | 小計 | | | |
| 予防接種 | 通常（MRワクチン） | 11,605 | | |
| | 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。