

(あて先) 戸田市長

(記載例)

請求年月日 令和7年3月31日

1 1 2 2 4 1

医療機関等の所在地 埼玉県戸田市上戸田〇-〇-〇

肩書・代表者氏名 理事長 〇〇 〇〇

印

電話番号 048-441-〇〇〇〇

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 医療法人社団〇〇会 〇〇病院

請求年月 令和7年(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
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)	イロヨホクシ ヲシヤダ ン〇〇カイ 〇〇ビ ヨウイン リジ チヨウ 〇〇〇〇		
口座名義人	医療法人社団〇〇会 〇〇病院 理事長 〇〇〇〇		

		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	2	12,640	13,904
	⑤夜間休日・HI法	0	0	0
	⑥夜間休日・EIA法	0	0	0
	小計	4	22,500	24,750
予防接種	通常	1	8,850	9,735
	予診のみ	1	2,880	3,168
	小計	2	11,730	12,903
合計	6	34,230	37,653	

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。