

磐田市長 様
市区町村番号

(記載例)

請求年月日 令和7年〇月〇日

2 2 2 1 1 9

〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号

代表者氏名 労働次郎 印

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

※代表者印は、「苗字」や「~理事長之印」など。「~病院」や「~病院之印」等は法人印のため対象外。

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

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
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		

	請求件数	市支払額 (税込単価)	請求金額 (税込)	
抗体検査	①健診・HI法	1	1,419	1,419
	②健診・EIA法		2,948	
	③HI法	2	5,423	10,846
	④EIA法	3	6,952	20,856
	⑤夜間休日・HI法		5,973	
	⑥夜間休日・EIA法		7,502	
小計	6		33,121	
予防接種	MRワクチン	3	10,692	32,076
	単独ワクチン	2	7,416	14,832
	予診のみ		2,200	
	小計	5		46,908
請求額 (合計)			80,029	

※請求額 (合計) は訂正印による修正不可。消えないインクのボールペンで記載すること。