東京都大田区長　　様

市区町村番号 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 3 |

住所
代表者氏名　　印
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　　年　　月分

区分	種類	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		件	円	円

消費税率	10	%

※1件毎に1円未満の端数は切り捨て