

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
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

東京都大田区長
市区町村番号 1

代表者氏名欄には医療機関の名称及び代表者氏名を記入の上、支払金口座振替依頼書と同じ代表者印を押印してください。

住所

大田区蒲田5-13-14

代表者氏名

医療法人大田区病院 院長 大田 太郎

電話番号

03-4446-2643

風しん対策 市区町村別請求書

医療機関・健診機関番号

1 2 3 4 5 6 7 8 9 1

医療機関・健診機関名称

大田区病院

請求年月

2025

年

4

月分

請求月を入力してください。

令和7年4月の請求の場合:2025年4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

抗体検査方法、請求件数、請求金額(税抜)を入力してください。
税込・小計・合計には関数が入っておりますが、手書きの場合は計算のうえ、記載してください。

消費税率

10%

※1件毎に1円未満の端数は切り捨て