

東広島市長 様
市区町村番号

請求年月日 令和 7 年 4 月 2 日

3	4	2	1	2	2
---	---	---	---	---	---

医療機関等の所在地： 東広島市西条栄町 8 番 2 9 号

医療機関・健診機関名： ○○○○病院

代表者氏名： 東広島 太郎 印

電話番号： 0 8 2 - 4 2 0 - 0 9 3 6

医療機関・健診機関番号：

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

風しん対策 市区町村別請求書

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)	1 2 3	(支店名コード)	1 2 3
金融機関名	東広島銀行	支店名	西条支店
預金種目	1:普通 2:当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
(フリガナ)	ヒガシヒロシマ タロウ		
口座名義人	東広島 太郎		

請求年月 2025 年 3 月 分

		単価（税込）	請求件数	請求金額（税込）
抗体検査	①健診・HI法	1,419円		
	②健診・EIA法	2,948円		
	③HI法	5,423円	1件	5,423円
	④EIA法	6,952円	2件	13,904円
	⑤夜間休日・HI法	5,973円	1件	5,973円
	⑥夜間休日・EIA法	7,502円	3件	22,506円
	小計		7件	47,806円
予防接種	通常	10,010円	3件	30,030円
	予診のみ	3,102円		
	小計		3件	30,030円
合計			10件	77,836円

消費税率

10

 %