東広島市長 様
市区町村番号

請求年月日 令和 年 月 日

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

医療機関等の所在地：

医療機関・健診機関名：

代表者氏名：

印

電話番号：

医療機関・健診機関番号：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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)		(支店名コード)	
金融機関名		支店名	
預金種目	1:普通 2:当座	口座番号	
(フリガナ)			
口座名義人			

請求年月 年 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		
	④EIA法	6,952円		
	⑤夜間休日・HI法	5,973円		
	⑥夜間休日・EIA法	7,502円		
	小計			
予防接種	通常	10,010円		
	予診のみ	3,102円		
	小計			
合計				

消費税率

10

 %