中野区長様
市区町村番号

請求年月日 令和 年 月 日

1	3	1	1	4	8
---	---	---	---	---	---

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 2025年3月分

請求金額 _____ 円

		税込み単価	請求件数	請求総額 (税込み)
抗体検査	①健診・HI法	1,419		
	②健診・EIA法	2,948		
	③HI法	5,423		
	④EIA法	6,952		
	⑤夜間休日・HI法	5,973		
	⑥夜間休日・EIA法	7,502		
	小計			
予防接種	通常	10,879		
	予診のみ	3,103		
	小計			
合計				

消費税率	10	%
------	----	---