

\_\_\_\_\_長様

市区町村番号

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

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

20 年 月分

|      |            | 請求件数 | 請求金額<br>(税抜) | 請求金額<br>(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   |            |      |              |              |

消費税率  %

※予診のみの費用を市区町村が設定していない場合（0円の場合）は、本請求書に計上しないこと。その場合、予診票の原本を国民健康保険団体連合会に送付しないこと。