

江東区長様
市区町村番号

1	3	1	0	8	3
---	---	---	---	---	---

住所

代表者氏名

印

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

請求金額

円

		請求件数	税抜き単価	請求総額 (税抜き)	請求総額 (税込み)
抗体検査	①健診・HI法		1,290		
	②健診・EIA法		2,680		
	③HI法		4,930		
	④EIA法		6,320		
	⑤夜間休日・HI法		5,430		
	⑥夜間休日・EIA法		6,820		
	小計	0		0	0
予防接種	MR接種		10,440		
	小計	0			
合計		0			

消費税率

10%