

江東区長様
市区町村番号

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

住所
代表者氏名
電話番号

印

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

	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			
予防接種	MR接種	10,440		
	小計			
合計				

消費税率	10%
------	-----

(記載例)

江東区長様
市区町村番号

1 3 1 0 8 3

住所 江東区東陽2-1-1
代表者氏名 江東 太郎
電話番号 03-3647-5879

代表者職印もしくは
代表者私印（シャチ
ハタ不可）

印

風しん対策 市区町村別請求書

医療機関・健診機関番号 1234567890

医療機関・健診機関名称 江東区保健所

請求年月 2025年3月分

請求金額 80,168 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	3	2,680	8,040	8,844
	③HI法		4,930		
	④EIA法	2	6,320	12,640	13,904
	⑤夜間休日・HI法		5,430		
	⑥夜間休日・EIA法		6,820		
	小計	5	20,680	22,748	
予防接種	MR接種	5	10,440	52,200	57,420
	小計	5	52,200	57,420	
合計	10		72,880	80,168	

消費税率 10%