

(宛先) 富山市長
市区町村番号

請求年月日 令和 年 月 日

1	6	2	0	1	9
---	---	---	---	---	---

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

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)	
振込先		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			

		請求件数	請求金額 (税抜)	請求金額 (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			
	風しん単抗原ワクチン			
	予診のみ			
	小計			
合計				

消費税率	10	%
------	----	---

【風しんの追加的対策に係る単価表（富山市）】

（円）

		税抜き単価	税込み単価
抗体検査	①健診・HI法	1,290	1,419
	②健診・EIA法	2,680	2,948
	③HI法	4,930	5,423
	④EIA法	6,320	6,952
	⑤夜間休日・HI法	5,430	5,973
	⑥夜間休日・EIA法	6,820	7,502
予防接種	通常（MRワクチン）	8,637	9,500
	風しん単抗原ワクチン	5,419	5,960
	予診のみ	2,564	2,820

(記載例)

(宛先) 富山市長
市区町村番号

請求年月日 令和〇年〇月〇日

1	6	2	0	1	9
---	---	---	---	---	---

〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号

代表者氏名 労働次郎

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

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 厚労病院〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

請求年月 2025年3月分

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)	1234	(支店名コード)	123
振込先	〇〇銀行	支店名	〇〇支店
預金種目	1：普通 2：当座	口座番号	1234567
(フリガナ)	コウセイビョウイン〇〇〇〇		
口座名義人	厚労病院〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		

		請求件数	請求金額 (税抜)	請求金額 (税込)
抗体検査	①健診・HI法			
	②健診・EIA法			
	③HI法	1	4,930	5,423
	④EIA法			
	⑤夜間休日・HI法			
	⑥夜間休日・EIA法			
	小計	1	4,930	5,423
予防接種	通常	1	8,637	9,500
	風しん単抗原ワクチン			
	予診のみ			
	小計	1	8637	9500
合計		2	13,567	14,923

消費税率	10	%
------	----	---