

宇治市長様

請求年月日 令和7年 月 日

医療機関

住所

名称

氏名

印

医療機関コード

風しん対策 市区町村別請求書

2025年3月分

	単価 消費税含 (円)	請求件数 (件)	金額 (円)
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	10,996	
	予診のみ	3,201	
	小計		
合計			

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。

振込先	銀行	支店名	支店
預金種目	1：普通 2：当座	口座番号	
(フリガナ)			
口座名義人			

※押印を省略した場合のみ記載(宇治市への請求時のみ使用可能)

発行責任者 (連絡先Tel)

担当者 (連絡先Tel)