

鹿児島市長 殿
市区町村番号

請求年月日 令和7年3月31日

4 6 2 0 1 2



住所 鹿児島市●●▲丁目●番●号

氏名・印 ●●法人 ●●会

理事長 鹿児島 太郎

押印を省略する場合は、記入してください。

(担当者: 氏名 桜島 太郎 電話 099-803-7023)

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: ●●病院

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。

(金融機関コード)	1234	(支店名コード)	123
振込先	薩摩 銀行(金庫)	支店名	本店
預金種目	普通・当座・()	口座番号	123456
(フリガナ)	マルマルホウジ ンマルマルカイジ チョウカゴ シマタロウ		
口座名義人	●●法人 ●●会 理事長 鹿児島太郎		

	税込単価	件数	請求金額 (税込)
抗体検査	①健診・HI法	1,419円	件 円
	②健診・EIA法	2,948円	件 円
	③HI法	5,423円	件 円
	④EIA法	6,952円	5件 34,760円
	⑤夜間休日・HI法	5,973円	件 円
	⑥夜間休日・EIA法	7,502円	件 円
小計		5件	34,760円
合計		5件	34,760円

消費税率 10%

受付印	確認			
	課長	係長	係	照合