

茅ヶ崎市長 様  
市区町村番号

請求年月日は記載不要です。

1 4 2 0 7 7

風しん対策 市区町村別請求書

住所（所在地） 神奈川県茅ヶ崎市〇〇 〇丁目〇番〇号

氏名（名称） 厚労病院〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

（代表者役職） 理事長

（代表者名） 労働 次郎

印※

※押印を省略する場合のみ「発行責任者及び担当者」の氏名及び連絡先を記載すること。

	役職	氏名	電話連絡先
発行責任者	理事長	労働 次郎	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
担当者	事務員	労働 花子	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

・責任者とは、代表取締役や支店長、営業所長など、社内において権限の委任を受けた役職員とします。

・担当者とは、本取引に係る事務担当者とします。責任者と担当者は同じでも構いません。

医療機関・健診機関番号 1234567890

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	1	1,290	1,419
	②健診・EIA法	0	0	0
	③HI法	0	0	0
	④EIA法	0	0	0
	⑤夜間休日・HI法	0	0	0
	⑥夜間休日・EIA法	0	0	0
	小計	1	1,290	1,419
予防接種	通常	0	0	0
	予診のみ	0	0	0
	小計	1	1,290	1,419
合計		1	1,290	1,419

消費税率 10 %

予診のみの費用を市区町村が設定していない場合（0円の場合）は、本請求書に計上しないこと。