

広島市長 様

広島市請求用

令和 年 月 日

医療機関等名称 : _____

医療機関等番号(10桁): _____

郵便番号(ハイフンなし): _____

医療機関等の所在地 : _____

代表者職氏名 : _____

担当者氏名 : _____

電話番号 : _____

金融機関コード		支店コード	
金融機関名		支店名	
預金種別	1:普通 2:当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

※通帳の写し(上記の情報が確認できるページ)を添付してください。

風しん対策 請求書(実績報告書)

※以下、太線枠内を記載してください。

令和7年●月請求分
請求金額 : _____ 円

※広島市のクーポン券を使用した抗体検査・予防接種実施分のみ記載してください。

	区分	単価(税込)	医療機関等記入欄		広島市使用欄		
			請求件数	請求金額(税込)	決定件数	決定金額(税込)	
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			件	円		
予防接種	通常	10,608					
	予診のみ	3,513					
	小計			件	円		
合計				件	円		