

品川区長様
市区町村番号

品川区請求用
(国保連提出 不可)

1	3	1	0	9	1
---	---	---	---	---	---

医療機関所在地

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__月実施分

		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 (MRワクチン)			
	通常 (単独ワクチン)			
	予診のみ			
	小計			
合計				

消費税率	10 %
------	------

【添付書類】

- ☐ 風しんの抗体検査受診票・風しんの第5期の定期接種予診票 (クーポン券を貼付)
- ☐ 風しんの抗体検査・風しんの第5期定期接種に係る費用の請求及び受領に関する届※
- ※品川区ホームページからダウンロード可能です。

【提出先】

〒140-8715

品川区広町2-1-36

品川区保健予防課予防接種担当

注) 郵送する場合、追跡可能な方法で発送してください。

2025.3月