

豊中市長 様

豊中市民のみ

市区町村番号

2 7 2 0 3 5

請求年月日 年 月 日

医療機関・健診機関番号

医療機関・健診機関名称

住所

電話番号

氏名

【令和7年3月実施分：豊中市請求用】風しん対策（風しん第5期 定期接種） 請求書

定期予防接種に係る費用として、別紙受診票または予診票を添えて請求します。

請求年月 令和 年 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。

銀行名		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			

	区分	請求件数	単価(税込)	請求金額(税込)
抗体検査	①健診・HI法・LTI法	件	1,419円	円
	②健診・EIA法 ELFA法・CLEIA法 FIA法・CLIA法	件	2,948円	円
	③HI法・LTI法	件	5,423円	円
	④EIA法 ELFA法・CLEIA法 FIA法・CLIA法	件	6,952円	円
	⑤夜間休日・HI法・LTI法	件	5,973円	円
	⑥夜間休日・EIA法 ELFA法・CLEIA法 FIA法・CLIA法	件	7,502円	円
	小計	件	-	円
予防接種	接種（麻しん風しん混合ワクチン）	件	10,285円	円
	接種（風しん単独ワクチン）	件	6,699円	円
	予診のみ	件	3,190円	円
	小計	件	-	円
合計		件	-	円

消費税率10%

※本請求書は令和7年3月実施分（令和7年4月請求分）の請求に利用します。

大阪府国民健康保険団体連合会への請求は令和7年2月分（令和7年3月10日必着）までで終了しました。**※本請求書は「豊中市民のみ」請求可能です。豊中市民以外の請求は住民票のある自治体宛に請求方法を確認の上、請求してください。**

※本請求書に押印は不要ですが、訂正がある場合は新たに作成してください。

※本請求書とともに、本請求に係る検査・接種の受診票・予診票原本を提出してください。

【提出先】 〒561-0881 豊中市中桜塚4-11-1 豊中市保健所 健康危機対策課 ワクチン係 宛
(電話：06-6152-7329)