

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6年度実施分：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。

実施年月 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 <small>ELFA法・CLEIA法 FIA法・CLIA法</small>	件	2,948円	円
	③HI法・LTI法	件	5,423円	円
	④EIA法 <small>ELFA法・CLEIA法 FIA法・CLIA法</small>	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 <small>ELFA法・CLEIA法 FIA法・CLIA法</small>	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6年度（令和6年4月～令和7年3月）実施分の請求に使用します。

※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)