

〇〇〇市区町村長様
市区町村番号

2 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0

市区町村ごとに1枚
複数月の請求がある場合も1枚

記載例

請求総括書 (小計) ①

〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号

開設者氏名 労働次郎 印

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

風しん対策 市区町村別請求書

医療機関・健診機関番号

2610000000

医療機関・健診機関名称

厚労病院〇〇〇〇

請求年月

2019年7月分

診療月ではなく、国保連に
請求する月を記載してください。

10桁を記載してください。
県番号 (2桁) +
点数表 (1桁) +
医療機関コード (7桁)

※県番号 京都府「26」
点数表 医療機関「1」
健診機関「2」

※7桁のゴム印を押印する場合は、
医療機関コードの前に県番号と点数表を
追記してください。

		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	1,393
	②健診・EIA法	1	2,680	2,894
	③HI法	1	4,930	5,324
	④EIA法	1	6,320	6,825
	⑤夜間休日・HI法	0	0	0
	⑥夜間休日・EIA法	0	0	0
	小計	4	15,220	16,436
予防接種	通常	1	0	0
	予診のみ	0	0	0
	小計	1	0	0
合計		5	15,220	16,436

消費税率を記載してください。

消費税率 8%

※予診の
請求書に計
消費税率ごとに請求書が必要になります。
に送付しないこと。

い場合 (0円の場合) は、本請
原本を国民健康保険団体連合会