

風しん対策抗体検査・予防接種費 支払額内訳書

令和◆年◆月 分

医療機関等番号	医療機関等名
13●●●●●●●●	医療機関等名称

東京都国民健康保険団体連合会
令和◆年◆月◆日作成

1/1 頁

市区町村番号	市区町村名	発券 No	請 / 調	券種	検査番号	金額 (税込)	備考
○○○○○○	■■市	1234567890	請	1	4	●,●●●	
○○○○○○	■■市	1234567890	請	1	4	●,●●●	
○○○○○○	■■区	1234567890	請	1	2	●,●●●	
	請求					●,●●●	
	調整						
	合計					●,●●●	

請 / 調	請	当月請求分
	調	前月以前の請求分に係わる調整

券種	1	抗体検査券
	2	予防接種予診券
	3	予防接種券

検査番号	1	健診・HI 法	4	EIA 法
	2	健診・EIA 法	5	夜間休日・HI 法
	3	HI 法	6	夜間休日・EIA 法