

請求総括書（総計）

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

施設等区分 1:医療機関
医療機関・健診機関番号 1234567890
医療機関・健診機関名称 厚労病院○○○○○○○○○○○○○○○○
請求年月 2019年○○月分

	区分	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	9	11,610	12,537
	②健診・EIA法	8	21,440	23,152
	③HI法	7	34,510	37,268
	④EIA法	6	37,920	40,950
	⑤夜間休日・HI法	5	27,150	29,320
	⑥夜間休日・EIA法	5	34,100	36,825
	小計	40	166,730	180,052
予防接種	通常	5	45,400	49,032
	予診のみ(※)	2	3,800	4,104
	小計	7	49,200	53,136
合計		47	215,930	233,188

※予診のみの費用を市町村が設定していない場合（０円の場合）は、本請求書に計上しないこと。その場合、予診票の原本を国民健康保険団体連合会に送付しないこと。