

滋賀県国民健康保険団体連合会 御中

請求総括書（総計）

医療機関所在地

滋賀県

開設者氏名 _____ 印

電話番号 _____ - _____ - _____

風しん対策 請求総括書（実績報告書）

施設等区分 () 1:医療機関 () 2:健診機関
医療機関・健診機関番号 2 5 1 _____
医療機関・健診機関名称 _____
請求年月 _____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			
	②健診・EIA法			
	③HI法			
	④EIA法			
	⑤夜間休日・HI法			
	⑥夜間休日・EIA法			
	小計			
予防接種	通常			
	予診のみ			
	小計			
合計				

※予診のみの費用を市区町村が設定していない場合（0円の場合）は、本総括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。