

インボイス事業者登録済み：記載見本

令和6年4月分 令和6年度神奈川県風しん抗体検査事業完了報告書兼請求書

令和6年5月1日

※太枠内をご記入ください。

1 当月実施件数

(単位：件)

法 年代等	区分・検査方	(a) 妊娠を希望する女性		(b) 妊娠を希望する女性等のパートナー		(c) (b)以外の対象年齢男性	
		HI法	EIA法	HI法	EIA法	HI法	EIA法
10代							
	うち接種推奨 (実施予定・済)						
	うち接種推奨 (未定)						
20代							
	うち接種推奨 (実施予定・済)						
	うち接種推奨 (未定)						
30代		1	1	1	1		
	うち接種推奨 (実施予定・済)	1	1				
	うち接種推奨 (未定)			1	1		
40代							
	うち接種推奨 (実施予定・済)						
	うち接種推奨 (未定)						
50代							
	うち接種推奨 (実施予定・済)						
	うち接種推奨 (未定)						
60代							
	うち接種推奨 (実施予定・済)						
	うち接種推奨 (未定)						
70代以上							
	うち接種推奨 (実施予定・済)						
	うち接種推奨 (未定)						
合計		1	1	1	1		
	うち接種推奨 (実施予定・済)	1	1				
	うち接種推奨 (未定)			1	1		

2 請求額

(単位：円)

(必須) 適格請求書発行事業者登録番号の有無

(有) → 登録番号： T\*\*\*\*\*  
 (無) → インボイス調整額控除\*に同意します：  (✓してください)

検査方法	本体価格		消費税額(10%)		件数	請求額 (A+B)×C	備考
	A	B	C	D			
HI法	5,540	554	2	12,188	1件あたりの税込額6,094円		
EIA法	6,750	675	2	14,850	1件あたりの税込額7,425円		
計			4	27,038			

※消費税相当額の20%を支払(請求)額から減額すること(令和8年9月30日までの負担軽減措置による)

神奈川県医師会長 殿

上記のとおり報告し、請求します。

所在地	〇〇市〇〇町1-1
電話	042-***-****
医療機関名	Aクリニック
代表者	神奈川 花子

完了報告書は、月末締めにて、翌月10日までに県医師会へご提出いただきますようお願いいたします。

インボイス事業者未登録：記載見本

令和6年4月分 令和6年度神奈川県風しん抗体検査事業完了報告書兼請求書

令和6年5月1日

※太枠内をご記入ください。

1 当月実施件数

(単位：件)

法 年代等	区分・検査方	(a) 妊娠を希望する女性		(b) 妊娠を希望する女性等のパートナー		(c) (b) 以外の対象年齢男性	
		HI法	EIA法	HI法	EIA法	HI法	EIA法
10代							
	うち接種推奨 (実施予定・済)						
	うち接種推奨 (未定)						
20代							
	うち接種推奨 (実施予定・済)						
	うち接種推奨 (未定)						
30代		1	1	1	1		
	うち接種推奨 (実施予定・済)	1	1				
	うち接種推奨 (未定)			1	1		
40代							
	うち接種推奨 (実施予定・済)						
	うち接種推奨 (未定)						
50代							
	うち接種推奨 (実施予定・済)						
	うち接種推奨 (未定)						
60代							
	うち接種推奨 (実施予定・済)						
	うち接種推奨 (未定)						
70代以上							
	うち接種推奨 (実施予定・済)						
	うち接種推奨 (未定)						
合計		1	1	1	1		
	うち接種推奨 (実施予定・済)	1	1				
	うち接種推奨 (未定)			1	1		

2 請求額

(単位：円)

(必須) 適格請求書発行事業者登録番号の有無

有 → 登録番号： T  
(無) → インボイス調整額控除\*に同意します:  (✓してください)

検査方法	本体価格 A	消費税額(10%) B	件数 C	請求額 (A+B) × C	備考
HI法	5,540	554	2	12,188	1件あたりの税込額6,094円
EIA法	6,750	675	2	14,850	1件あたりの税込額7,425円
計			4	27,038	

\*消費税相当額の20%を支払(請求)額から減額すること (令和8年9月30日までの負担軽減措置による)

神奈川県医師会長 殿

上記のとおり報告し、請求します。

所在地	〇〇市〇〇町1-1
電話	042-***-****
医療機関名	Aクリニック
代表者	神奈川 花子

完了報告書は、月末締めにて、翌月10日までに県医師会へご提出いただきますようお願いいたします。