

小児個別予防接種請求書(平成 年 月 分)

平成 年 月 日

浦添市長 松本哲治 殿

郵便番号
住 所
電話番号
医療機関名
院長名

印

委託契約に基づく予防接種を下記の通り実施したので、予診票を添付の上請求いたします。

| 種 別 | 単 価 | 実施件数 | 金 額 |
|----------------------|---------|------|-----|
| D P T | 6,426円 | 件 | 円 |
| D T 2期 | 5,853円 | 件 | 円 |
| M R | 11,383円 | 件 | 円 |
| 麻 し ん | 7,819円 | 件 | 円 |
| 風 し ん | 7,830円 | 件 | 円 |
| 日本脳炎 | 8,305円 | 件 | 円 |
| B C G | 8,218円 | 件 | 円 |
| 不活化ポリオ(単独) | 10,681円 | 件 | 円 |
| D P T - I P V (4種混合) | 11,923円 | 件 | 円 |
| 子宮頸がん予防 | 16,945円 | 件 | 円 |
| ヒ ブ | 9,266円 | 件 | 円 |
| 小児用肺炎球菌 | 12,571円 | 件 | 円 |
| 水 痘 | 9,655円 | 件 | 円 |
| B型肝炎 | 7,376円 | 件 | 円 |
| 予診のみ | 1,080円 | 件 | 円 |
| 合 計 | | 件 | 円 |

(上記金額は消費税込みの金額)

| 委 託 料 振 込 先 | | |
|-------------|------|------|
| 銀行名・支店名 | 銀 行 | 支 店 |
| 預金の種類 | 普通預金 | 当座預金 |
| 口座番号 | | |
| フリガナ | | |
| 口座名義 | | |

※請求金額より事務手数料(1件につき300円)が差し引かれます。

※振込先変更の際は、通帳口座名義(フリガナ)等が記載されている箇所をコピーし請求書へ添付して下さい。

※請求書は予診票を添えて、**実施翌月8日(必着)**までに浦添市医師会事務局へご提出下さい。