

高齢者肺炎球菌個別予防接種請求書（令和 年 月分）

令和 年 月 日

浦 添 市 長
松 本 哲 治 殿郵便番号
住 所
電話番号
医療施設名
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致します。

種 別	単 価	実 施 件 数	金 額
肺 炎 球 菌	4, 4 1 6円	件	円
肺 炎 球 菌 費 用 免 除 者	8, 4 1 6円	件	円
予診のみ	1, 0 8 0円	件	円
	合 計	件	円

（上記金額は消費税込みの金額）

※肺炎球菌費用免除者とは、生活保護受給者又は中国残留邦人等自立支援給付受給者で接種対象者の方をいいます。

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10日（必着）**までに浦添市医師会事務局へご提出下さい。

請求先：浦添市医師会事務局（〒901-2132 浦添市伊祖3-3-1-101） R1.5