

小児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	6,469円	件	円
D T 2期	5,896円	件	円
M R	11,426円	件	円
麻 し ん	7,862円	件	円
風 し ん	7,873円	件	円
日本脳炎	8,348円	件	円
B C G	8,078円	件	円
不活化ポリオ(単独)	10,724円	件	円
D P T-I P V(4種混合)	11,966円	件	円
子宮頸がん予防	16,988円	件	円
ヒ ブ	9,309円	件	円
小児用肺炎球菌	12,683円	件	円
水 痘	9,698円	件	円
B型肝炎	7,410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216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。