

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 様郵便番号
住所
電話番号
医療機関名
院長

印

※適格請求書発行事業者の登録 無 【登録番号】T

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(消費税込み)	実施件数	金額
D P T	6,776 円	件	円
D T 2期	5,005 円	件	円
M R	11,825 円	件	円
麻 し ん	8,228 円	件	円
風 し ん	8,228 円	件	円
日本脳炎	8,690 円	件	円
B C G	12,265 円	件	円
不活化ポリオ(単独)	11,110 円	件	円
D P T - I P V (4種混合)	12,375 円	件	円
D P T - I P V - H i b (5種混合)	21,252 円	件	円
子宮頸がん予防(2価・4価)	16,775 円	件	円
子宮頸がん予防(9価)	29,700 円	件	円
ヒ ブ	10,550 円	件	円
小児用肺炎球菌(15価・20価)	13,105 円	件	円
水 痘	10,065 円	件	円
B型肝炎	7,781 円	件	円
ロタリックス	15,785 円	件	円
ロタテック	10,758 円	件	円
予診のみ	1,100 円	件	円
合 計 (税込み)		件	円
		(内消費税10%)	円

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(接種1件につき150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。

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