

風しん抗体検査・第5期予防接種請求書（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 _____

下記の通り実施したので、受診票・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
抗体検査	健診・HI法	1,419 円	件 円
	健診・EIA法	2,948 円	件 円
	HI法	5,423 円	件 円
	EIA法	6,952 円	件 円
	夜間休日・HI法	5,973 円	件 円
	夜間休日EIA法	7,502 円	件 円
小計		件	円
予防接種	MR予防接種	10,351 円	件 円
	風しん（単独）	6,754 円	件 円
	予診のみ	1,100 円	件 円
	小計		件
合計		件	円
内消費税（10%）＝合計÷1.1×0.1 ※小数点以下切り捨て		内消費税（10%）	円

※令和7年4月1日以降に実施した風しん抗体検査は請求できませんのでご注意ください。

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		

※事務手数料（予防接種1件につき300円(上限50万円)）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）