【北部・那覇市・南部地区医師会 会員用　令和 8 年度】

高齢者インフルエンザ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。

項目	単価（消費税込み）	実施件数	金額
予診及び接種 （**自己負担あり**）	4,500　円	件	円
予診及び接種 （**自己負担なし**）	5,500　円	件	円
予診のみ	1,100　円	件	円
合　　計（税込み）		件	円
※内消費税＝合計(税込み)÷1.1×0.1 ※小数点以下切り捨て		(内消費税１０%)	円

※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、接種対象者の方は
　全額公費負担（自己負担なし）となります。
（各受給証明書等もしくは接種月と同月の医療券を予診票に添付してください。）

委　託　料　振　込　先　※必　須		
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２２０円）が差し引かれます。
※振込先変更の際は、通帳口座名義（ﾌﾘｶﾞﾅ）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）

【北部・那覇市・南部地区医師会 会員用　令和 8 年度】

新型コロナウイルスワクチン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。

項目	単価（消費税込み）	実施件数	金額
予診及び接種 （**自己負担あり**）	10,741　円	件	円
予診及び接種 （**自己負担なし**）	15,741　円	件	円
予診のみ	1,100　円	件	円
合　　計（税込み）		件	円
※内消費税＝合計(税込み)÷1.1×0.1 ※小数点以下切り捨て		（内消費税１０％）	円

※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、接種対象者の方は
　全額公費負担（自己負担なし）となります。
（各受給証明書等もしくは接種月と同月の医療券を予診票に添付してください。）

委　託　料　振　込　先　※必　須		
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２２０円）が差し引かれます。
※振込先変更の際は、通帳口座名義（ﾌﾘｶﾞﾅ）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）