

本部町・今帰仁村・国頭村・大宜味村・伊江村・伊是名村・伊平屋村 (平成30年度)

※該当市町村別に分け〇印をつけてまとめてご提出ください。

個別予防接種 請求書( 月分)

平成 年 月 日

役場  
 町・村 長 殿 住 所  
 電 話 番 号  
 医 療 機 関 名  
 院 長 名 印  
 地区医師会名

委託契約に基づく予防接種を下記のとおり実施したので、予診票を添付の上、請求します。

請求金額 円

請求書内訳

項目	分類	単価 (税込み)	人数	金額
予診のみ	定期	1,080円	人	円
MR	定期	11,523円	人	円
不活化ポリオワクチン(単独)	定期	10,821円	人	円
DPT-IPV	定期	12,063円	人	円
DPT	定期	6,555円	人	円
DT	定期	5,292円	人	円
日本脳炎(乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン)	定期	8,445円	人	円
BCG	定期	9,061円	人	円
子宮頸がんワクチン	定期	16,383円	人	円
ヒブワクチン	定期	9,406円	人	円
小児肺炎球菌ワクチン	定期	12,711円	人	円
水痘ワクチン	定期	9,795円	人	円
B型肝炎ウイルス	定期	7,963円	人	円
麻疹(単独)	定期	7,959円	人	円
風疹(単独)	定期	7,959円	人	円
	合計		人	円

口座振替申立表示	
銀行名	銀行 支店
預金の種類・口座番号	普通・当座 No.
口座名義 フリガナ	
口 座 名 義	

※請求書に予診票の原本を添えて**実施翌月7日**までに下記の請求先へご提出下さい。(各市町村へ)

※振込先口座について、初めて請求書を送付する施設については、通帳口座名義(フリガナ)が記載されている部分をコピーし請求書へ添付下さい。振込先変更(銀行・支店名・名義等の変更の場合も同様に、コピーを添付し変更日も記載ください)

【請求先】

本部町 保険予防課  
 今帰仁村 福祉保健課  
 保健センター  
 大宜味村役場 住民福祉課

沖縄県国頭郡本部町字東5番地  
 沖縄県国頭郡今帰仁村字玉城163-2番地  
 沖縄県国頭郡大宜味村字大兼久157番地

国頭村 福祉課  
 伊江村医療保健センター  
 伊平屋 住民課  
 伊是名保健センター

沖縄県国頭郡国頭村字辺土名121番地  
 沖縄県国頭郡伊江村字東江前459番地  
 沖縄県国頭郡伊平屋村字我喜屋251番地  
 沖縄県国頭郡伊是名村字仲田1385-11