

名護市・恩納村・金武町・東村

※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

北部地区医師会長 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
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	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**までに北部地区医師会事務局へご提出下さい。

※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: 公益社団法人北部地区医師会 事務局 宛 〒905-0009 名護市宇茂佐の森五丁目2番地7 4階