

宜野座村

(平成30年度)

※宜野座村は定期外の予防接種に公費負担及び自己負担がある為請求書が別になります。

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
	定期外		人	円
MR	定期	11,523円	人	円
	定期外		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
	定期外		人	円
風疹(単独)	定期	7,959円	人	円
	定期外		人	円
MR	(自己負担有り)	10,523円	人	円
水痘ワクチン		8,795円	人	円
DT		4,292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