

北部地区医師会 用

伊江村 (75歳以上)

* 該当市町村別に○を付けてまとめてご提出ください。

高齢者肺炎球菌予防接種 請求書 (月分)

平成 年 月 日

伊江村長 殿

住 所

医療施設名

院 長 名

電話番号

FAX番号

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、予診票を添付のうえ請求致します。

請求金額

円

項 目	単 価 (税込み)	人 数	金 額
予診のみ	1,080円	人	円
予診及び接種(高齢者肺炎球菌)	8,460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	普通預金	当座預金
口 座 番 号		
口座名義 フリガナ		
口 座 名 義		

請求先: 伊江村医療保健センター(〒905-0592沖縄県国頭郡伊江村字東江前459番地) Tel.0980-49-5000

北部地区医師会用

伊江村 (70歳以下)

* 該当市町村別に○を付けてまとめてご提出ください。

高齢者肺炎球菌予防接種 請求書(月分)

平成 年 月 日

伊江村長 殿

住 所

医療施設名

院 長 名

電話番号

FAX番号

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、予診票を添付のうえ請求致します。

請求金額 円

項 目	単 価 (税込み)	人 数	金 額
予診のみ	1,080円	人	円
予診及び接種(高齢者肺炎球菌)	8,460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	普通預金	当座預金
口 座 番 号		
口座名義 フリガナ		
口 座 名 義		