

風しん抗体検査・第5期予防接種請求書 (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 _____

下記の通り実施したので、受診票・予診票を添付の上請求いたします。

種別		単価（消費税込み）	実施件数	金額
抗体検査	健診・HI法	1,419 円	件	円
	健診EIA法	2,948 円	件	円
	HI法	5,423 円	件	円
	EIA法	6,952 円	件	円
	夜間休日・HI法	5,973 円	件	円
	夜間休日・EIA法	7,502 円	件	円
予防接種	MR予防接種	10,285 円	件	円
	予診のみ	1,100 円	件	円
合 計（税込み）			件	円
内消費税（10%）＝合計（税込み）÷1.1×0.1 ※小数点以下切り捨て			内消費税（10%）	円

委 託 料 振 込 先		
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		

※事務手数料（MR予防接種1件につき150円）が差し引かれます。
※振込先変更の際は、通帳口座名義（フリガナ）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）