

(注) これは原本として備え置き、毎月の請求書についてはお手数ですがコピーにてお使いください。

## 請求書（高齢者肺炎球菌）

那覇市長 様

年 月 日

〒

住 所

医療機関名

代表者名

印

電話番号

FAX

担当者名

予防接種を以下のとおり実施したので、委託契約に基づき請求します。

( 年 月分)

| 請求額 | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | + | - |
|-----|----|----|----|---|---|---|---|---|
|     |    |    |    |   |   |   |   |   |

※上記の請求額については、④の請求合計を記入し、頭に¥マークを入れてください。

※金額については訂正できません。訂正が必要な場合は請求書を差し替えてください。

| 項 目             | 人数 | 単価      | 金 額 |
|-----------------|----|---------|-----|
| ①予診のみ           | 人  | 1,100 円 | 円   |
| ②予診及び接種(自己負担あり) | 人  | 4,783 円 | 円   |
| ③予診及び接種(自己負担なし) | 人  | 8,783 円 | 円   |
| ④請求合計 (①+②+③)   | 人  | —       | 円   |

(※内訳については正しい人数、金額をご記入ください)

(消費税込み)

注1：自己負担額 4,000円

注2：④の請求合計の金額は、上記の「請求額」欄に記入する。

|                  |       |                      |       |      |
|------------------|-------|----------------------|-------|------|
| 受<br>取<br>口<br>座 | 金融機関名 | 銀行                   |       | 支店   |
|                  |       | 金融コード                | 支店コード |      |
|                  | 預金種別  | 1 普通   2 当座   3 その他（ |       | □座番号 |
|                  | フリガナ  |                      |       |      |
|                  | □ 座 名 |                      |       |      |

注1) 口座名義は通帳よりご確認のうえ、正しくお書きください。

※ 那覇市医師会会員の医療機関は口座に変更がない場合、受取口座欄の記入は不要です。

受取口座に変更がある場合は、変更の手続きが必要になりますので下記までご連絡をお願いします。

注2) 請求書に予診票を添え、ホッチキス(左上側)または紙ひもで留めてください。

注3) 請求書に予診票を添えて毎月、月末締めの日翌月10日(必着)まで下記の送付先にご提出ください。

※10日を過ぎた場合は、次月に繰越しご請求ください。

《送付先》 那覇市医師会生活習慣病検診センター (予防接種係)

住 所 〒900-0034 那覇市東町26番1号

TEL (098) 860-8591

FAX (098) 860-6696

(注) これは原本として備え置き、毎月の請求書についてはお手数ですがコピーにてお使いください。

## 請求書（高齢者带状疱疹ワクチン）

那 覇 市 長 様

年 月 日

〒

住 所

医療機関名

代表者名

電話番号

FAX

担当者名

印

予防接種を以下のとおり実施したので、委託契約に基づき請求します。

( 年 月分)

| 請求額 | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 一 |
|-----|----|----|----|---|---|---|---|---|
|     |    |    |    |   |   |   |   |   |

※上記の請求額については、④の請求合計を記入し、頭に¥マークを入れてください。

※金額については訂正できません。訂正が必要な場合は請求書を差し替えてください。

| 項 目                 | 人数      | 単価       | 金 額 |
|---------------------|---------|----------|-----|
| ①予診のみ               | 人       | 1,100 円  | 円   |
| ②予診及び接種<br>(自己負担あり) | 組換えワクチン | 12,791 円 | 円   |
|                     | 生ワクチン   | 3,591 円  | 円   |
| ③予診及び接種<br>(自己負担なし) | 組換えワクチン | 21,791 円 | 円   |
|                     | 生ワクチン   | 8,591 円  | 円   |
| ④請求合計 (①+②+③)       | 人       | —        | 円   |

(※内訳については正しい人数、金額をご記入ください)

(消費税込み)

注1：自己負担額 不活化：9,000円 生：5,000円

注2：④の請求合計の金額は、上記の「請求額」欄に記入する。

| 受取口座 | 金融機関名 | 銀行                   |       | 支店   |
|------|-------|----------------------|-------|------|
|      |       | 金融コード                | 支店コード |      |
|      | 預金種別  | 1 普通   2 当座   3 その他（ |       | 口座番号 |
|      | フリガナ  |                      |       |      |
|      | 口座名   |                      |       |      |

注1) 口座名義は通帳よりご確認のうえ、正しくお書きください。

※ 那覇市医師会会員の医療機関は口座に変更がない場合、受取口座欄の記入は不要です。

受取口座に変更がある場合は、変更の手続きが必要になりますので下記までご連絡をお願いします。

注2) 請求書に予診票を添え、ホッチキス（左上側）または紙ひもで留めてください。

注3) 請求書に予診票を添えて毎月、月末締め翌月10日（必着）まで下記の送付先にご提出ください。

※10日を過ぎた場合は、次月に繰越しご請求ください。

《 送付先 》 那覇市医師会生活習慣病検診センター（予防接種係）

住 所 〒900-0034 那覇市東町26番1号

TEL (098) 860-8591

FAX (098) 860-6696

(注) これは原本として備え置き、毎月の請求書についてはお手数ですがコピーにてお使いください。

## 請求書（高齢者インフルエンザ）

那 覇 市 長 様

年 月 日

〒

住 所

医療機関名

代表者名

印

電話番号

F A X

担当者名

予防接種を以下のとおり実施したので、委託契約に基づき請求します。

（ 年 月分）

| 請求額 | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | + | - |
|-----|----|----|----|---|---|---|---|---|
|-----|----|----|----|---|---|---|---|---|

※上記の請求額については、④の請求合計を記入し、頭に¥マークを入れてください。

※金額については訂正できません。訂正が必要な場合は請求書を差し替えてください。

| 項 目             | 人数 | 単価      | 金 額 |
|-----------------|----|---------|-----|
| ①予診のみ           | 人  | 1,100 円 | 円   |
| ②予診及び接種(自己負担あり) | 人  | 4,269 円 | 円   |
| ③予診及び接種(自己負担なし) | 人  | 5,269 円 | 円   |
| ④請求合計(①+②+③)    | 人  | —       | 円   |

(※内訳については正しい人数、金額をご記入ください)

(消費税込み)

注1：自己負担額 1,000円

注2：④の請求合計の金額は、上記の「請求額」欄に記入する。

| 受<br>取<br>口<br>座 | 金融機関名 | 銀行               |  | 支店    |
|------------------|-------|------------------|--|-------|
|                  |       | 金融コード            |  | 支店コード |
|                  | 預金種別  | 1 普通 2 当座 3 その他( |  | 口座番号  |
|                  | フリガナ  |                  |  |       |
|                  | 口 座 名 |                  |  |       |

注1) 口座名義は通帳よりご確認のうえ、正しくお書きください。

※ 那覇市医師会会員の医療機関は口座に変更がない場合、受取口座欄の記入は不要です。

受取口座に変更がある場合は、変更の手続きが必要になりますので下記までご連絡をお願いします。

注2) 請求書に予診票を添え、ホッチキス（左上側）または紙ひもで留めてください。

注3) 請求書に予診票を添えて毎月、月末締め翌月10日（必着）まで下記の送付先にご提出ください。

※10日を過ぎた場合は、次月に繰越しご請求ください。

《 送付先 》 那覇市医師会生活習慣病検診センター（予防接種係）

住 所 〒900-0034 那覇市東町26番1号

T E L (098) 860-8591

F A X (098) 860-6696

(注) これは原本として備え置き、毎月の請求書についてはお手数ですがコピーしてお使いください。

## 請求書（新型コロナウイルス）

那 覇 市 長 様

年 月 日

〒

住 所

医療機関名

代表者名

電話番号

F A X

担当者名

印

予防接種を以下のとおり実施したので、委託契約に基づき請求します。

( 年 月分)

| 請求額 | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 一 |
|-----|----|----|----|---|---|---|---|---|
|     |    |    |    |   |   |   |   |   |

※上記の請求額については、④の請求合計を記入し、頭に¥マークを入れてください。

※金額については訂正できません。訂正が必要な場合は請求書を差し替えてください。

| 項 目                 |                | 人数 | 単価       | 金 額 |
|---------------------|----------------|----|----------|-----|
| ①予診のみ               |                | 人  | 1,100 円  | 円   |
| ②予診及び接種<br>(自己負担あり) | モデルナ           | 人  | 10,659 円 | 円   |
|                     | ファイザー          | 人  | 10,741 円 | 円   |
|                     | 第一三共           | 人  | 10,631 円 | 円   |
|                     | MeijiSeikaファルマ | 人  | 9,531 円  | 円   |
|                     | 武田薬品           | 人  | 10,631 円 | 円   |
| ③予診及び接種<br>(自己負担なし) | モデルナ           | 人  | 15,659 円 | 円   |
|                     | ファイザー          | 人  | 15,741 円 | 円   |
|                     | 第一三共           | 人  | 15,631 円 | 円   |
|                     | MeijiSeikaファルマ | 人  | 14,531 円 | 円   |
|                     | 武田薬品           | 人  | 15,631 円 | 円   |
| ④請求合計 (①+②+③)       |                | 人  | —        | 円   |

(※内訳については正しい人数、金額をご記入ください)

(消費税込み)

注1：自己負担額 5,000円

注2：④の請求合計の金額は、上記の「請求額」欄に記入する。

| 受<br>取<br>口<br>座 | 金融機関名 | 銀行                |  | 支店    |
|------------------|-------|-------------------|--|-------|
|                  |       | 金融コード             |  | 支店コード |
|                  | 預金種別  | 1 普通 2 当座 3 その他 ( |  | 口座番号  |
|                  | フリガナ  |                   |  |       |
|                  | 口 座 名 |                   |  |       |

注1) 口座名義は通帳よりご確認のうえ、正しくお書きください。

※ 那覇市医師会会員の医療機関は口座に変更がない場合、受取口座欄の記入は不要です。

受取口座に変更がある場合は、変更の手続きが必要になりますので下記までご連絡をお願いします。

注2) 請求書に予診票を添え、ホッチギス（左上側）または紙ひもで留めてください。

注3) 請求書に予診票を添えて毎月、月末締め翌月10日（必着）まで下記の送付先にご提出ください。

※10日を過ぎた場合は、次月に繰越しご請求ください。

《 送付先 》 那覇市医師会生活習慣病検診センター（予防接種係）

住 所 〒900-0034 那覇市東町26番1号

TEL (098) 860-8591

FAX (098) 860-6696