

那覇市長 様

請求年月日 令和 年 月 日

市区町村番号

4	7	2	0	1	8
---	---	---	---	---	---

〒

住所

医療機関名

代表者名

印

電話番号

FAX

担当者名

成人風しん抗体検査・予防接種 請求書 (令和7年3月分)

請求額

		請求件数	請求金額 (税抜)	請求金額 (税込)
抗体検査	①健診・HI法			
	②健診・EIA法			
	③HI法			
	④EIA法			
	⑤夜間休日・HI法			
	⑥夜間休日・EIA法			
	小計			
予防接種	通常			
	予診のみ			
	小計			
合計				

(金融コード)		(支店名コード)	
振込先		支店名	
預金種目		口座番号	
(フリガナ)			
口座名義人			

※請求書に受診票・予診票を添えて4月10日(必着)までに下記の送付先にご提出ください。

◀送付先▶ 那覇市保健所 健康増進課(予防接種グループ)

〒902-0076 那覇市与儀1丁目3番21号

TEL (098) 853-7961 FAX (098) 853-7965