

## 定期予防接種実績報告書兼請求書（広域分） （ 月分）

市町村長 殿

所在地

医療機関名

※代表者名

印

電話番号

添付予診票のとおり、予防接種が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

記

ワクチン	単価	件数	請求額	ワクチン	単価	件数	請求額
四種混合	10,760円			ヒブ	9,370円		
三種混合	6,040円			小児用肺炎球菌(15価)	11,820円		
二種混合	4,960円			小児用肺炎球菌(20価)	11,820円		
麻しん	6,580円			ポリオ	9,200円		
風しん	6,590円			水痘	8,780円		
M R	10,150円			高齢者肺炎球菌			
日本脳炎 乾燥細胞ワクチン	7,070円			高齢者肺炎球菌 自己負担免除者			
B C G	10,650円			B型肝炎	6,250円		
高齢者インフルエンザ				ロタリックス	14,500円		
高齢者インフルエンザ 自己負担免除者				ロタテック	9,770円		
子宮頸がん予防 (2・4価)	16,700円			五種混合	20,000円		
子宮頸がん予防 (9価)	26,500円			不可問診	1,500円		
				合計			円

※ 年齢等により単価が異なる場合は、空欄をご利用のうえ請求して下さい。

(振込先金融機関)			口座名義人	
銀行		支店	氏名	
預金種目	普通預金 当座預金 貯蓄預金	口座番号	氏名	

※ 代表者名は、委任書（福岡県医師会へ提出）に記載した管理者名となります。