

定期予防接種実績報告書兼請求書（広域分） （ 月分）

田川市長 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
五種混合				ヒブ			
四種混合				小児用肺炎球菌(15・20価)			
三種混合				ポリオ			
二種混合				水痘			
麻しん				高齢者肺炎球菌	5,000 円		
風しん				高齢者肺炎球菌自己負担免除者	8,000 円		
M R				B型肝炎			
日本脳炎乾燥細胞ワクチン				ロタリックス			
BCG				ロタテック			
高齢者インフルエンザ	3,500 円			新型コロナ			
高齢者インフルエンザ自己負担免除者	4,500 円			新型コロナ自己負担免除者			
子宮頸がん予防(2・4価)				不可問診	1,790 円		
子宮頸がん予防(9価)							
				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		
預金種目	普通預金 当座預金 貯蓄預金	口座番号	フリガナ 氏 名	

※ 代表者名は、委任書（田川医師会へ提出）に記載した管理者名となります。