

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
五種混合	20,000 円			ポリオ	9,200 円		
四種混合	10,760 円			水痘	8,780 円		
三種混合	6,040 円			高齢者用 肺炎球菌			
二種混合	5,030 円			高齢者肺炎球菌 自己負担免除者			
麻しん	6,580 円			B型肝炎	6,250 円		
風しん	6,690 円			ロタリックス	14,500 円		
M R	10,260 円			ロタテック	9,770 円		
日本脳炎 乾燥細胞ワクチン	7,180 円			新型コロナ ウイルス			
BCG	10,750 円			新型コロナ 自己負担免除者			
高齢者インフルエンザ				帯状疱疹・生ワクチン			
高齢者インフルエンザ 自己負担免除者				帯状疱疹・生ワクチン 自己負担免除者			
子宮頸がん (2・4価)	16,800 円			帯状疱疹・不活化ワクチン			
子宮頸がん (9価)	26,960 円			帯状疱疹・不活化ワクチン 自己負担免除者			
ヒブ	9,370 円			不可問診	1,500 円		
小児用肺炎 球菌	11,820 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	フリガナ	
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。