

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				ポリオ			
四種混合				水痘			
三種混合				高齢者用肺炎球菌	5,000 円		
二種混合				高齢者肺炎球菌 自己負担免除者	8,000 円		
麻しん				B型肝炎			
風しん				ロタリックス			
M R				ロタテック			
日本脳炎 乾燥細胞ワクチン				新型コロナウイルス ウイルス			
B C G				新型コロナウイルス 自己負担免除者			
高齢者インフルエンザ				带状疱疹・生ワクチン	5,450 円		
高齢者インフルエンザ 自己負担免除者				带状疱疹・生ワクチン 自己負担免除者	8,450 円		
子宮頸がん (2・4価)				带状疱疹・不活化ワクチン	15,150 円		
子宮頸がん (9価)				带状疱疹・不活化ワクチン 自己負担免除者	21,650 円		
ヒブ				不可問診	1,790 円		
小児用肺炎球菌							
				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。