

定期予防接種実績報告書兼請求書 (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	10,100 円			小児用肺炎球菌	11,620 円		
三種混合	5,840 円			ポリオ	9,000 円		
二種混合	4,760 円			水痘	8,030 円		
麻しん	6,270 円			B型肝炎	6,050 円		
風しん	6,270 円			高齢者肺炎球菌			
M R	9,510 円			高齢者肺炎球菌 自己負担免除者			
日本脳炎 乾燥細胞ワクチン	6,860 円			ロタ (ロタリックス)	14,300 円		
B C G	6,760 円			ロタ (ロタテック)	9,570 円		
高齢者インフルエンザ				不可問診	1,300 円		
高齢者インフルエンザ 自己負担免除者							
子宮頸がん 予防	16,500 円						
ヒブ	9,170 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	