

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	10,200円			小児用肺炎球菌	11,720円		
三種混合	5,940円			ポリオ	9,100円		
二種混合	4,860円			水痘	8,130円		
麻しん	6,370円			B型肝炎	6,150円		
風しん	6,370円			高齢者肺炎球菌			
M R	9,610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	6,960円			ロタ (ロタリックス)	14,400円		
B C G	9,060円			ロタ (ロタテック)	9,670円		
高齢者インフルエンザ				不可問診	1,400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	16,600円						
ヒブ	9,270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	