

## 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				小児用肺炎球菌			
三種混合				ポリオ			
二種混合				水痘			
麻しん				B型肝炎			
風しん				高齢者肺炎球菌	5,000円		
M R				高齢者肺炎球菌 自己負担免除者	8,000円		
日本脳炎 乾燥細胞ワクチン				ロタ (ロタリックス)			
B C G				ロタ (ロタテック)			
高齢者インフルエンザ	3,500円			不可問診	1,790円		
高齢者インフルエンザ 自己負担免除者	4,500円						
子宮頸がん 予防							
ヒブ							
				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		