

定期予防接種実績報告書兼請求書(広域分)
(月分)

市長 殿

所在地
医療機関名
※代表者名
電話番号

印

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				小児用肺炎球菌			
四種混合				ポリオ			
三種混合				水痘			
二種混合				高齢者用肺炎球菌	5,430		
麻しん				高齢者用肺炎球菌 自己負担免除者	8,430		
風しん				B型肝炎			
風しん(5期)	6,633			ロタリックス			
M R				ロタテック			
M R(5期)				新型コロナウイルス	7,886		
日本脳炎 乾燥細胞ワクチン				新型コロナウイルス 自己負担免除者	15,686		
BCG				带状疱疹 (生ワクチン)	3,581		
高齢者インフルエンザ	3,681			带状疱疹 (生ワクチン) 自己負担免除者	8,481		
高齢者インフルエンザ 自己負担免除者	5,181			带状疱疹 (組換えワクチン)	11,681		
子宮頸がん (2・4価)				带状疱疹 (組換えワクチン) 自己負担免除者	21,681		
子宮頸がん (9価)				不可問診	3,201		
ヒブ							
				合計			

※ 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。