

(様式第2号-1)
令和 年 月 日

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
電 話 番 号
請求書作成者氏名

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				ポリオ			
三種混合				水痘			
二種混合				高齢者用肺炎球菌	5,838		
麻しん				高齢者用肺炎球菌 自己負担免除者	11,638		
風しん				B型肝炎			
風しん(5期)	6,655			ロタリックス			
M R				ロタテック			
M R(5期)	10,235			RSウイルス			
日本脳炎 乾燥細胞ワクチン				新型コロナ ウイルス	7,908		
BCG				新型コロナウイルス 自己負担免除者	15,708		
高齢者インフルエンザ	3,703			带状疱疹 (生ワクチン)	3,603		
高齢者インフルエンザ 自己負担免除者	5,203			带状疱疹 (生ワクチン) 自己負担免除者	8,503		
子宮頸がん (9価)				带状疱疹 (組換えワクチン)	11,703		
ヒブ				带状疱疹 (組換えワクチン) 自己負担免除者	21,703		
小児用 肺炎球菌				不可問診	3,223		
				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。
(令和8年4月1日更新)