

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			
BCG				新型コロナウイルス 自己負担免除者			
高齢者インフルエンザ [※]				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				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)