

定期予防接種実績報告書兼請求書 (月分)

市町長 様

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。

ワクチン	1件あたりの料金 (円)		件数	請求金額 (円)
五種混合	6歳未満	19,910		
	6歳以上	19,160		
四種混合	6歳未満	11,110		
	6歳以上	10,360		
二種混合	6歳未満	5,280		
	6歳以上	4,530		
MR	6歳未満	10,505		
	6歳以上	9,755		
麻しん	6歳未満	6,930		
	6歳以上	6,180		
風しん	6歳未満	6,930		
	6歳以上	6,180		
日本脳炎	6歳未満	7,425		
	6歳以上	6,675		
BCG	6歳未満	11,000		
子宮頸がん (2価・4価)		16,300		
子宮頸がん (9価)		26,464		
ヒブ		8,791		
小児用肺炎球菌 (13価・15価)		11,770		
水痘		8,800		
B型肝炎	6歳未満	6,245		
	6歳以上10歳未満	5,495		
	10歳以上	5,766		
ロタ	ロタテック	10,120		
	ロタリックス	14,850		
インフルエンザ (一般)		3,209		
インフルエンザ (生保)		4,509		
高齢者肺炎球菌 (一般)		5,779		
高齢者肺炎球菌 (生保)		8,279		
不可問診	6歳未満	1,480		
	6歳以上	730		
合計金額				

(消費税及び地方消費税を含む)

(振込先金融機関)

銀行			支店	口座名義人
預金種目	普通 当座 貯蓄	口座 番号		フリガナ 氏名