

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
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。

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	20,405		
	6歳以上	19,580		
三種混合	6歳未満	9,636		
	6歳以上	8,811		
二種混合	6歳未満	6,996		
	6歳以上	6,171		
MR	6歳未満	10,956		
	6歳以上	10,131		
麻しん	6歳未満	7,403		
	6歳以上	6,578		
風しん	6歳未満	7,403		
	6歳以上	6,578		
日本脳炎	6歳未満	7,876		
	6歳以上	7,051		
BCG	6歳未満	11,165		
不活化ポリオ	6歳未満	10,296		
	6歳以上	9,471		
子宮頸がん(9価)		27,236		
ヒブ		9,207		
小児用肺炎球菌		12,221		
水痘		9,339		
B型肝炎	6歳未満	6,567		
	6歳以上10歳未満	5,742		
	10歳以上	5,951		
ロタ	ロタテック	10,098		
	ロタリックス	15,081		
妊婦用RSワクチン		29,766		
インフルエンザ	一般	3,626		
	生保	5,126		
高齢者肺炎球菌	一般	7,996		
	生保	11,396		
新型コロナ	一般	10,876		
	生保	15,576		
带状疱疹	組換え	一般	15,126	
		生保	21,626	
	生	一般	5,926	
		生保	8,426	
風しん第5期	MR	10,131		
	風しん単独	6,578		
不可問診	6歳未満	1,650		
	6歳以上	825		
合計金額				

(振込先金融機関)

(消費税及び地方消費税を含む)

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