

請 求 書

年 月 日

市町村長 様

医療機関所在地
医療機関名
代表者名

振込金融機関 銀行 支店
口座番号 (普通・当座)
(フリガナ)
口座名義

予防接種の市町村間相互乗入れ業務委託に基づき(月分)の接種を行ったものについて、下記のとおり請求いたします。

(請求合計) 円

(内 訳)

接種したワクチン		人数(人)	委託料単価(円)			請求額 (人数×単価)
			手技料	ワクチン代	消費税(10%)	
五種混合 (DPT-IPV-Hib)	ゴービック(0.5ml)					円
	クイントバックス(0.5ml)					円
二種混合(DT)						円
麻しん・風しん混合(MR)						円
麻しん						円
風しん						円
日本脳炎						円
BCG						円
不活化ポリオ						円
子宮頸がん						円
ヒブ(インフルエンザ菌b型)						円
小児用肺炎球菌	15価(バクテリナックス)					円
	20価(プレベナー20)					円
水痘						円
B型肝炎(ヘプタバックス)						円
B型肝炎 (ビームゲン)	(0.25mlバイアル)					円
	(0.5mlバイアル)					円
ロタウイルス	1価(ロタリックス)					円
	5価(ロタテック)					円
RSウイルス						円
接種不可能者 (予診のみ)	小児		(予診料)			円
	成人		(予診料)			円
請 求 額						円

接種したワクチン			人数(人)	委託料単価又は請求単価			請求額
				手技料	ワクチン代	消費税(10%)	(人数×単価)
高齢者 インフルエンザ	自己負担有	標準量					円
	自己負担無	標準量					円
新型コロナ	自己負担有	コミナティ					円
		エムネクスバイク					円
		ヌバキソビット					円
		ダイチロナ					円
		コスタイベ					円
	自己負担無	コミナティ					円
		エムネクスバイク					円
		ヌバキソビット					円
高齢者 肺炎球菌	自己負担有	プレベナー20				円	
	自己負担無	プレベナー20				円	
带状疱疹	自己負担有	ビケン					円
		シングリックス					円
	自己負担無	ビケン					円
		シングリックス					円
請 求 額							円

注1)接種医療機関は、他市町村に居住している者の分について、接種ワクチンごとに人数及び単価(各々市町村の料金による)を記入し、予診票を添付して、被接種者の居住する市町村に送付する。
注2)2回目請求以降、振込み金融機関名、口座番号及び口座名義に変更がない場合、その記載を省略することができる。
注3)自己負担有の場合、自己負担額を差し引いた額(市町村負担額)を単価として記載