

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		
四種混合	6歳未満	11,484		
	6歳以上	10,659		
二種混合	6歳未満	5,753		
	6歳以上	4,928		
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		
子宮頸がん(2価・4価)		16,676		
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		
インフルエンザ	一般	3,626		
	生保	5,126		
高齢者肺炎球菌	一般	5,915		
	生保	8,415		
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				

(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
			フリガナ
預金 種目	普通	口座 番号	氏名
	当座		
	貯蓄		