

予防接種委託料請求書

年 月 日

平田村長 様

所在地
医療機関名
代表者名
印

年 月実施の予防接種に関する委託料として、次のとおり請求します。

請求金額 ￥ 円

内訳

予防接種の種類			①単価	②自己負担額	③人数	金額(①-②)×③	
A 類	ロタウイルス感染症	(ロタリックス：1価)	15,000	0			
		(ロタテック：5価)	10,000	0			
	B型肝炎		6,700	0			
	Hib感染症		9,900	0			
	小児の肺炎球菌感染症		12,100	0			
	五種混合		20,100	0			
	四種混合		11,600	0			
	三種混合		5,800	0			
	二種混合		6,200	0			
	結核（BCG）		11,100	0			
	麻しん風しん（1・2期）		10,300	0			
	麻しん風しん(5期)		11,330	0			
	麻しん		7,500	0			
	風しん		7,500	0			
	水痘		9,100	0			
	日本脳炎		7,700	0			
	ヒトパピローウイルス感染症	2価・4価	16,800	0			
		9価	29,800	0			
	予診のみ（A類の予診のみで未接種の者）			1,000	0		
	予診のみ（5期）			1,100	0		
B 類	高齢者インフルエンザ	一般	5,100	1,000			
		生保	5,100	0			
	高齢者の肺炎球菌感染症	一般	8,500	2,400			
		生保	8,500	0			
	新型コロナウイルス感染症	一般	15,300	4,600			
		生保	15,300	0			
	带状疱疹ウイルス（組換え）	一般	21,800	6,500			
		生保	21,800	0			
	带状疱疹ウイルス（生）	一般	8,500	2,500			
		生保	8,500	0			
計							

振込先

金融機関名	銀行 本・支店		
口座種別	普通・当座・その他	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			