

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

印

代表者名

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		
B 類	水痘	9,100	0		
	日本脳炎	7,700	0		
	ヒトパピローマウイルス感染症	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		
	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	
B 類	帯状疱疹ウイルス (組換え)	一般	21,800	6,500	
		生保	21,800	0	
	帯状疱疹ウイルス (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			