

予防接種委託料請求書（両沼郡医師会用）

令和 年 月 日

三島町長 様

所在地
医療機関名
代表者名

印

令和 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	人数①	委託料②	自己負担額③	金額(②-③)×①
二種混合		4,970 円	—	円
MRワクチン	I 期	12,340 円	—	円
	II 期	10,910 円	—	円
麻しん	I 期	8,600 円	—	円
	II 期	7,170 円	—	円
風しん	I 期	8,600 円	—	円
	II 期	7,170 円	—	円
日本脳炎	I 期	7,880 円	—	円
	II 期	7,060 円	—	円
BCG		11,040 円	—	円
インフルエンザ	予防接種法による対象者	5,038 円	2,000 円	円
	生活保護受給者	5,038 円	—	円
	施設入所者	3,454 円	1,200 円	円
	施設入所者(生活保護受給者)	3,454 円	—	円
不活化ポリオ		11,730 円	—	円
四種混合		13,000 円	—	円
三種混合		7,280 円	—	円
H i b 感染症		10,290 円	—	円
小児用肺炎球菌感染症		13,660 円	—	円
HPV（子宮頸がん予防ワクチン）		16,680 円	—	円
水痘		11,020 円	—	円
高齢者肺炎球菌感染症		8,690 円	2,000 円	円
高齢者肺炎球菌感染症(生活保護受給者)		8,690 円	—	円
B型肝炎		8,370 円	—	円
ロタウイルス感染症	ロタリックス	16,640 円	—	円
	ロタテック	11,910 円	—	円
麻しん及び風しん混合（任意）		8,340 円	—	円
風しん（任意）		4,600 円	—	円
麻しん及び風しん混合（風しん第5期）		9,920 円	—	円
抗体価検査（H I 法）		6,391 円	—	円
抗体価検査（E I A 法）		7,920 円	—	円
予診のみ		1,540 円	—	円
計	—	—	—	円

振込先

金融機関名	銀行	店・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		