

予防接種委託料請求書（会津若松医師会用）

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 (10月～)	自己負担額③	金額(②-③)×①
二種混合			5,276 円	—	円
麻しん及び 風しん混合	I 期		12,243 円	—	円
	II 期		10,813 円	—	円
日本脳炎	I 期		7,359 円	—	円
	II 期		6,963 円	—	円
BCG			11,143 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
急性灰白髄炎(ポリオ)			9,383 円	—	円
四種混合			12,892 円	—	円
H i b 感染症			10,164 円	—	円
小児の肺炎球菌感染症			13,684 円	—	円
HPV(子宮頸がん予防ワクチン)			16,588 円	—	円
水痘			10,923 円	—	円
高齢者の肺炎球菌感染症			8,763 円	2,000 円	円
高齢者の肺炎球菌感染症(生活保護受給者)			8,763 円	—	円
B型肝炎			8,100 円	—	円
ロタウイルス 感染症	ロタリックス		16,643 円	—	円
	ロタテック		11,363 円	—	円
麻しん及び風しん混合(風しん第5期・任意)			9,988 円	—	円
風しん(風しん第5期・任意)			6,468 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 其他
口座番号		
(フリガナ)		
口座名義人		