

請 求

請求書を郵送する日付をご記入ください。

年 月 日

松本市町村長 様

法人名義の口座に振り込む場合は「医療機関名」も法人名からご記入ください。

松本市へ請求いただく際には、振込口座の情報は省略せず、お手数ですが毎回ご記入いただくようお願いいたします。

医療機関所在地
市 1-2
医療法人 会 クリニック
登録番号
(インボイス制度参加事業者)
代表者名
振込金融機関
銀 行
(フリカナ)
口座名義

この印が代表者印
(訂正印に使用する印になります)

予防接種の市町村間相互乗入れ業務委託に基づき(月分)の接種を行ったものについて、下記のとおり請求いたします。

請求金額(合計金額)		66,456円	
内訳	税込金額	66,456円	
	内消費税額	6,041円	
(内訳)	委託料単価(円)	ワクチン代	消費税(10%)
五種混合 (DPT-IPV-Hib)	クイントバツク(0.5ml)		
四種混合(DPT-IPV)			
二種混合(DT)			
麻しん・風しん混合(MR)			
麻しん			
風しん			
日本脳炎			
BCG			
不活化ポリオ			
子宮頸がん	2価(サーバリックス)		
	4価(ガータシル)		
	9価(シルガード9)	1人	29,711円
ヒブ(インフルエンザb型)			
小児用肺炎球菌	15価(バクテリオン)		
	20価(プレベナー20)		
水痘			
B型肝炎(ヘパタックス)			
B型肝炎 (ビームゲン)	(0.25mlバイアル)		
	(0.5mlバイアル)		
ロタウイルス	1価(ロタリックス)		
	5価(ロタテック)		
接種不可能者 (予診のみ)	小児		
	成人	(予診料)1,330円	133
請求額			1,463円
			31,174円

こちらに記入する月は、ひと月のみとしてください。
(10・11月分)というような記載は受理できません。

インボイス対応の請求書で請求される場合には、内消費税額まで漏れなくご記入ください。空欄では受理できません。算出できない場合は、インボイス対応でない様式(様式3-1)をお使いください。

A類疾病は税別価格を設定しています。「手技料」「ワクチン代」「消費税」「請求額」全てにご記入をお願いします。

【手書きで請求書を作成する際はご注意ください】
書き損じがあり訂正する場合は、訂正印が必要になります。
・訂正箇所は二重線で消してください(修正液、修正テープ不可)。
・訂正箇所全てに、訂正印(請求書右上部に押印の代表者印と同じ印)を押してください。
・訂正箇所の近くの余白に正しい文言を記入してください。

「自己負担あり」の場合は、自己負担額を引いた「松本市への請求額」を委託料単価へご記入ください。

接種したワクチン	人数(人)	委託料単価又は請求単価(円)			請求額 (人数×単価)	
		手技料	ワクチン代	消費税(10%)		
高齢者 インフルエンザ	自己負担有		360		3,640円	
	自己負担無	4,400		440	4,840円	
	コミナティ				11,501円	
新型コロナ	自己負担無	コミナティ				
		スパイクバツクス				
		ヌバキノビット	1人	13,910	1,391	15,301円
		ダイチロナ コスタイバ				
高齢者 肺炎球菌	自己負担有					
	自己負担無					
带状疱疹	自己負担有					
	自己負担無					
請求額					35,282円	

B類疾病については、手技料・ワクチン代を合わせた金額を委託料として設定しています。手技料とワクチン代が分かれた請求書様式は昨年度以前のものですので、R7年度の様式をお使いください。

注1) 接種医療機関は、他市町村に居住している者の分について、接種ワクチンごとに人数及び単価(各々市町村の料金による)を記入し、予診票を添付して、被接種者の居住する市町村に送付する。

注2) 2回目請求以降、振込み金融機関名、口座番号及び口座名義に変更がない場合、その記載を省略することができる。

注3) 自己負担有の場合は、自己負担分を差し引いた額(市町村負担額)を単価として記載