

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 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。

所在地

〇〇市〇〇1-2
医療法人〇〇会〇〇ク

訂正印を使用する場合、ここにも訂正印と同じ印を押してください。

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。

氏名

松本 太郎

金融機関

××銀行 ××支店

番号

(普通)当座

名義

イリョウホウジンマルマルカイマルマルクリニック
医療法人〇〇会〇〇クリニック

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)		円	
内訳	税込金額	内消費税額	
	円	円	
(内訳) は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。	委託料単価(円)	ワクチン代	消費税(10%)
	円	円	円
五種混合 (DPT-IPV-Hib)	コトバツク(0.5ml)		
	クイントバツク(0.5ml)		
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			
ヒブ(インフルエンザ菌b型)			
小児用肺炎球菌	15価(バクテリナ)		
	20価(プレバナー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)		
RSウイルス			
接種不可能者 (予診のみ)	小児		
	成人		
請求額			

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、訂正印を押してください。
・請求書右上の代表者名の横に、訂正印に用いた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。

B類疾病(自己負担あり)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令和6年度以前のもので、R8年度の様式をお使いください。

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	標準量			円
		高用量			円
	自己負担無	標準量			円
		高用量			円
新型コロナ	自己負担有	ダイチロナ			円
		コスタイベ			円
		コミナティ			円
	自己負担無	スパイクバックス			円
		スパイクソット			円
		ダイチロナ			円
高齢者 肺炎球菌	自己負担有	プレバナー20			円
	自己負担無	プレバナー20			円
帯状疱疹	自己負担有	ビケン			円
		シングルリックス			円
	自己負担無	ビケン			円
		シングルリックス			円
請求額					円

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