

請 求 書

_____年 月 日

_____市町村長 様

医療機関所在地 _____
 医療機関名 _____
 代表者名 _____

振込金融機関 _____ 銀行 _____ 支店
 口座番号 _____ (普通・当座)
 (フリカ) _____
 口座名義 _____

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。

(請求合計) _____ 円

(内 訳)

接種したワクチン	人数(人)	委託料単価(円)			請求額 (人数×単価)
		手技料	ワクチン代	消費税(10%)	
五種混合 (DPT-IPV-Hib)	ゴビーック(0.5ml)				円
	クイントバック(0.5ml)				円
二種混合(DT)					円
麻しん・風しん混合(MR)					円
麻しん					円
風しん					円
日本脳炎					円
BCG					円
不活化ポリオ					円
子宮頸がん					円
ヒブ(インフルエンザ菌b型)					円
小児用肺炎球菌	15価(バクテリオン)				円
	20価(プレベナー20)				円
水痘					円
B型肝炎(ヘパタックス)					円
B型肝炎 (ビームゲン)	(0.25mlバイアル)				円
	(0.5mlバイアル)				円
ロタウイルス	1価(ロタリックス)				円
	5価(ロタテック)				円
RSウイルス					円
接種不可能者 (予診のみ)	小児	(予診料)			円
	成人	(予診料)			円
請 求 額					円

接種したワクチン	人数(人)	委託料単価又は請求単価			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	コミナティ			円
		スパイクバックス			円
		ヌバキソビット			円
		ダイチロナ			円
	自己負担無	コスタイベ			円
		コミナティ			円
		スパイクバックス			円
		ヌバキソビット			円
高齢者 肺炎球菌	自己負担有	プレベナー20			円
	自己負担無	プレベナー20			円
帯状疱疹	自己負担有	ビケン			円
		シングリックス			円
	自己負担無	ビケン			円
		シングリックス			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、自己負担額を差し引いた額(市町村負担額)を単価として記載