

定期A類予防接種請求書(医療機関請求用)

令和 年 月 日 (月分)

(あて先)松阪市長 様

〒

所在地
 医療機関(請求者) 名称
 役職名・代表者名
 電話番号
 インボイス制度登録番号

予防接種法による予防接種を下記のとおり実施しましたので、請求いたします。

種類	回数	委託料 × 件数 = 金額		
ロタ1価 (ロタリックス)	1回目	16,973		
	2回目			
ロタ5価 (ロタテック)	1回目	12,001		
	2回目			
	3回目			
B型肝炎	1回目	9,042		
	2回目			
	3回目			
五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期1回目	22,902		
	1期2回目			
	1期3回目			
	1期追加			
四種混合 (DPT-IPV)	1期1回目	13,948		
	1期2回目			
	1期3回目			
	1期追加			
ヒブ	初回1回目	11,605		
	初回2回目			
	初回3回目			
	初回追加			
小児用 肺炎球菌	初回1回目	14,685		
	初回2回目			
	初回3回目			
	初回追加			
BCG		13,915		

種類	回数	委託料 × 件数 = 金額		
MR	1期	13,442		
	2期	12,012		
水痘	1回目	11,715		
	2回目			
日本脳炎	1期1回目	8,910		
	1期2回目			
	1期追加			
	2期	7,535		
DT	2期	5,390		
HPV2価 (サーバリックス)	1回目	17,160		
	2回目			
	3回目			
HPV4価 (ガーダシル)	1回目	17,160		
	2回目			
	3回目			
HPV9価 (シルガード)	1回目	28,347		
	2回目			
	3回目			
予診のみ		3,168		

● その他(記入してください)

種類	回数	委託料 × 件数 = 金額		

合計

円

内消費税(10%)

円

以下の場合には□に✓を入れてください。

 今年度予防接種を初めて請求(記入してください)
 変更あり(記入してください)

振込先

銀行・JA・信用金庫

本店・支店・出張所

普通・当座

口座番号

--	--	--	--	--	--	--

フリガナ

口座名義

--

市検収

※各月の締め切りは10日(土・日・祝日と重なる場合は翌開庁日)17時15分必着とします。

※請求者印を押印する場合は請求者印で訂正してください。省略する場合は二重線で訂正してください。ただし、合計金額の訂正はできません。