

令和8年度(令和8年4月～令和9年3月接種分)

高齢者带状疱疹 定期接種請求書(医療機関請求用)

令和 年 月 日 (月接種分)

(あて先)松阪市長 様

所在地 〒

医療機関(請求者) 名称
役職名(必須)・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。

Table with 7 columns: 種類, 回数, 自己負担, 区分, 委託料x, 件数=, 金額. Rows include 生ワクチン and 組換えワクチン with sub-rows for 1回目 and 2回目, and further sub-rows for あり and なし categories.

Summary row: 合計 円

Summary row: 内消費税10% (合計x11) 円

次の場合は□に✓を入れ、口座を記入してください。 □ 今年度予防接種を初めて請求 □ 前回請求時から変更あり

Transfer information fields: 金融機関名, 支店名, 口座種別, 振込先, 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)16時30分必着です。
※請求印は省略可です。押印時は同じ印と二重線、省略時は二重線のみで訂正してください。合計は訂正不可のため、書き直してください。