令和8年度（令和8年10月～令和9年2月接種分）

高齢者インフルエンザ　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。

種類	自己負担	区分	製造販売元（略称）	販売名（略称）	委託料×	件数＝	金額
標準量	あり	65～	KMB	KMB	2,609		
			デンカ	生研			
			ビケン	ビケン			
				フルービック			
			その他				
		60～64 確認証が必要	KMB	KMB	2,609		
			デンカ	生研			
			ビケン	ビケン			
				フルービック			
			その他				
	なし 生活保護受給者	65～	KMB	KMB	4,609		
			デンカ	生研			
			ビケン	ビケン			
				フルービック			
			その他				
		60～64 確認証が必要	KMB	KMB	4,609		
			デンカ	生研			
			ビケン	ビケン			
				フルービック			
			その他				

合計	円

内　消費税10% （合計÷11）	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

	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。