

会津若松医師会予防接種委託料請求書

年 月 日

金山町長 あて

住所

年 月実施分

名称

役職・氏名

印

予防接種委託料を
次のとおり請求します。

電話番号

請求金額 ¥ 円

内訳

予防接種の種類	人数	単価	自己負担額	金額
BCG	人	13,101円	0円	円
二種混合(DT)	人	5,071円	0円	円
四種混合	人	13,059円	0円	円
五種混合	人	21,967円	0円	円
麻しん・ 風しん混合	I期	人 12,386円	0円	円
	II期	人 10,956円	0円	円
ロタ	ロタリックス	人 16,401円	0円	円
	ロタテック	人 11,462円	0円	円
日本脳炎	I期	人 7,447円	0円	円
	II期	人 7,051円	0円	円
ヒブ	人	10,770円	0円	円
小児用肺炎球菌	人	13,783円	0円	円
水痘	人	10,846円	0円	円
B型肝炎	人	8,172円	0円	円
不活化ポリオ	人	9,516円	0円	円
子宮頸がん	2価・4価	人 16,676円	0円	円
	9価	人 28,347円		円
高齢者肺炎球菌	人	8,534円	0円	円
带状疱疹	ビケン	人 8,591円	※4,000円	円
	シゲリックス	人 21,626円	※10,000円	円
予診のみ	人	1,606円	0円	円
計	人			円

※生活保護世帯の自己負担額は0円

振込先

金融機関名	銀行		本・支店
口座種別	普通・当座・その他	口座番号	
(フリガナ)			
口座名義人			