

令和8年度 A類疾病定期予防接種請求書

中能登町長 宮下 為幸 様

所在地 中能登町能登部下91部23番地

医療機関名 ○○クリニック

接種月ごとに請求ください。
翌月14日までに必着

医療機関の長 院長 ○○ ○○ 印

令和 年 月実施のA類疾病定期予防接種に要した費用として、予防接種券等を添えて請求します。

ワクチンの種類		① 単価(円)	② 実施件数(件)	①×② 金額(円)
ロタウイルス	ロタリックス®(1価)	14,330	1	14,330
	ロタテック®(5価)	9,300		金額訂正不可
B型肝炎		6,090		
小児用肺炎球菌(20価)		11,830		
五種混合		19,970		
二種混合		5,860	1	5,860
BCG		11,060		
麻しん風しん混合(1期・2期)		10,570		
水痘		8,860		
日本脳炎	小学生未満	7,490		
	小学生以上	6,740	1	6,740
HPV(9価)		26,520		
RSウイルス		29,450		
三種混合		9,250		
不活化ポリオ		9,910		
ヒブ		8,750		
麻しん風しん混合(5期)		9,755		
風しん(5期)		6,250		
請求金額(合計)				26,930

【振込先】

金融機関名	中能登銀行
支店名	中能登支店
口座種別	普通・当座
口座番号	1234567
口座名義(カタカナ)	イ) ○○クリニック リジチョウ ○○ ○○

支出科目	4 款 1 項 2 目 1 細目 12 節	所属長印	検収印	検収年月日	.
				要求課名	健康保険課