

## 令和8年度 B類疾病(肺炎球菌感染症・带状疱疹)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)
高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	8,080	1	8,080
	自己負担免除者	11,080		
带状疱疹 (生ワクチン)	自己負担徴収者	6,110		
	自己負担免除者	8,110		
带状疱疹 (組換えワクチン)	自己負担徴収者	15,310	1	15,310
	自己負担免除者	21,310		
請求金額(合計)				23,390

## 【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	