

かすみがうら市個別予防接種(定期)実施報告書兼請求書

令和 年 月 日

かすみがうら市長

医療機関名

住 所

代表者/発行責任者名

印

令和 年 月分を下記のとおり報告及び請求いたします。

記

種 別	人 数(名)	単 価(円)	金 額(円)
ヒブ		9,300	
小児用肺炎球菌		12,300	
ロタリックス		15,000	
ロタテック		10,000	
B C G		11,500	
不活化ポリオ		10,300	
B型肝炎		6,900	
五種混合		20,400	
四種混合		11,600	
三種混合		6,000	
麻しん風しん混合		11,100	
水痘		9,300	
日本脳炎(7歳6か月未満)		7,900	
日本脳炎(9歳以上)		7,100	
二種混合		5,000	
麻 し ん		7,400	
風 し ん		7,400	
子宮頸がん予防(2価、4価)		16,700	
子宮頸がん予防(9価)		28,200	
予診のみ		2,800	
高齢者用肺炎球菌		4,000	
高齢者用肺炎球菌 (個人負担免除者)			
予診のみ(高齢者用肺炎球菌)		1,400	
合 計			

また、予診のみで接種できなかった場合も、予診票を提出してください。

振込先

銀行名:		支店名:	
口座の種類 ※○で囲む。	普通 当座	口座番号:	
口座名義人		フリガナ	