

定期予防接種実績報告書兼請求書(広域分)

(月分)

市町村長 殿

所 在 地
医 療 機 関 名
※ 代 表 者 名
電 話 番 号

印

添付予診票のとおり、予防接種が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

記

ワクチン	単価	件数	請求額	ワクチン	単価	件数	請求額
五種混合				子宮頸がん (9価)			
四種混合				ヒブ			
三種混合				小児用 肺炎球菌			
二種混合				ポリオ			
麻しん				水痘			
風しん				高齢者用 肺炎球菌			
M R				高齢者用肺炎球菌 自己負担免除者			
日本脳炎 乾燥細胞ワクチン				B型肝炎			
BCG				ロタリックス			
高齢者インフルエンザ [*]				ロタテック			
高齢者インフルエンザ [*] 自己負担免除者				不可問診			
子宮頸がん (2・4価)							
				合 計			

※ 年齢等により単価が異なる場合は、空欄をご利用のうえ請求して下さい。

(振込先金融機関)				口座名義人	
		銀行	支店	フリガナ	
預金種目	普通預金 当座預金 貯蓄預金	口座番号		氏名	

※ 代表者名は、委任書(福岡県医師会へ提出)に記載した管理者名となります。