

予防接種請求書 (令和6年4月1日より)

下記内訳の予防接種を実施しましたので、代金を請求いたします。請求額は、下記預金口座に振り込んでください。

令和 年 月 日

身延町長 殿

所在地

医療機関名

代表者名

印

振込先	
金融機関名	銀行 農協 信用組合 信用金庫 支店
口座番号	1 普通 2 当座 番号 []
口座名義 (カタカナ)	()

内訳 (令和 年 月分)

予防接種の種類	接種料単価	接種件数	種類別合計金額
ロタ	1価(ロタリックス)	14,000円	円
	5価(ロタテック)	9,000円	円
小児肺炎球菌	10,200円	円	
Hib	7,600円	円	
四種混合	10,000円	円	
五種混合	20,000円	円	
B型肝炎	5,100円	円	
BCG	11,000円	円	
麻しん風しん 混合	1期	12,300円	円
	2期	9,900円	円
水痘	7,700円	円	
日本脳炎	1期初回	7,600円	円
	1期追加	7,600円	円
	2期	6,300円	円
二種混合	2期	5,100円	円
子宮頸がん	2価・4価	15,300円	円
	9価	27,000円	円
予診のみ	乳幼児	3,700円	円
	その他	2,900円	円
合計		円	円

(以下は記入しないでください)

検収	このことについては、相違ないことを確認しました。 令和 年 月 日 職氏名 印
----	--