

# 予防接種請求書 (令和2年10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

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	件	円
	5価(ロタテック)	9,000円	件	円
小児肺炎球菌		10,200円	件	円
Hib		7,600円	件	円
B型肝炎		5,100円	件	円
四種混合		10,000円	件	円
BCG		8,700円	件	円
麻しん風しん 混合	1期	12,300円	件	円
	2期	9,900円	件	円
水痘		7,700円	件	円
日本脳炎	1期初回	7,600円	件	円
	1期追加	7,600円	件	円
	2期	6,300円	件	円
二種混合		5,100円	件	円
不活化ポリオ		10,200円	件	円
子宮頸がん		15,300円	件	円
予診のみ	乳幼児	3,700円	件	円
	その他	2,900円	件	円
合計			件	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
----	---