

(宛先) 周南市長

(請求者) 医療機関所在地
法人名
医療機関名
代表者名(肩書・氏名)

印

※代表者印を省略される場合は、下部の担当者及び連絡先欄の記載が必要です。

請求金額 円

(内訳明細)

予防接種種別	件数	単価(円)	請求金額(円)
BCG		14,168	
5種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・Hib)		23,155	
4種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)		14,278	
3種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風)		8,679	
2種混合(ジフテリア・破傷風)		6,270	
MR(麻しん・風しんの混合)1期		13,673	
MR(麻しん・風しんの混合)2期		11,495	
日本脳炎1期		10,593	
日本脳炎2期		8,415	
ポリオ		13,013	
ヒトパピローマウイルス感染症(HPV)ガーダシル・サーバリックス		18,040	
ヒトパピローマウイルス感染症(HPV)シルガード9		30,965	
Hib感染症(ヒブ)		11,896	
小児の肺炎球菌感染症		14,938	
水痘		11,968	
B型肝炎(0.5ml)		9,477	
B型肝炎(0.25ml)		9,233	
経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン(1価) ロタリックス		18,992	
五価経口弱毒生ロタウイルスワクチン(5価) ロタテック		12,661	
麻しん・風しん単抗原1期		10,131	
麻しん・風しん単抗原2期		7,953	
予診の結果 不接種の場合	BCG,5種,4種,3種,MR・麻しん・風しんの1期,ポリオ,Hib感染症, 小児の肺炎球菌感染症,水痘,B型肝炎,ロタウイルス,日本脳炎1期		4,510
	2種混合,MR・麻しん・風しんの2期,日本脳炎2期		1,650
	ヒトパピローマウイルス感染症		825
計			

____月実施分について、上記のとおり請求します。

(注意)

- ・請求内容を訂正する場合は、代表者印の押印または請求者による訂正署名が必要です。
(砂消ゴムや修正液等で修正しないでください)
- ・金額の訂正はできませんので再作成してください。
- ・貴院が記入した件数と市が確認した件数が異なった場合、訂正した内容を記入してお返ししますので、再度ご提出ください

担当者及び連絡先

担当者名 :

(連絡先 :

)