

(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		14,828	
5種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・Hib)		23,155	
3種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風)		12,353	
2種混合(ジフテリア・破傷風)		7,535	
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)シルガード9		30,965	
Hib感染症(ヒブ)		11,959	
小児の肺炎球菌感染症		14,938	
水痘		11,968	
B型肝炎(0.5ml)		9,812	
B型肝炎(0.25ml)		9,537	
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,3種,MR・麻しん・風しん・日本脳炎の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	4,510	
	2種混合,MR・麻しん・風しん・日本脳炎の2期	1,650	
	ヒトパピローマウイルス感染症(HPV)シルガード9	825	
計			

年 月実施分について、上記のとおり請求いたします。  
 なお、支払いにあたっては、下記の口座に振込をお願いします。

銀行 信用金庫 組合		本店・支店 本所・支所	出張所	口座番号(普通・当座)					
口 座 名 義	カナ								
	名義人								
(※振込先の口座情報をスタンプで記入される場合はこちらの枠内をお願いします。)									

(注)口座名義の記入にあたっては、金融機関にご登録されている口座情報を必ずご確認ください。(略記不可)

請求書の内容を訂正される場合は、訂正印を押印または請求者による訂正署名が必要です。(砂消ゴム、修正液等は不可)

金額の訂正はできませんので、再作成してください。

担当者及び連絡先 ※代表者印を省略される場合は記載が必要です。

担 当 者 名 :

(連絡先 :

)

R8