

令和5年度高齢者インフルエンザ予防接種委託料請求書

年 月 日

殿

医療機関住所
 医療機関名
 代表者名

印

| | | | | | |
|-----|---------|-------|--------------------------|--|----------|
| 振込先 | 金融機関名 | | 銀行 信用組合 信用金庫 農協 | | 支店 本店 |
| | 預金種別 | 普通 当座 | 口座番号 | | |
| | (フリガナ) | | | | |
| | 口座名(漢字) | | | | |

次のとおり予防接種委託料を請求します。

(年 月分)

| 予防接種の種類及び単価 | | 予診票の枚数 | 請求金額 |
|---|------------|--------|------|
| インフルエンザ (一般) | 3,365円 | 枚 | 円 |
| インフルエンザ (生活保護世帯に属する者・ 中国残留邦人等支援給付受給者) | 4,965円 | | |
| 不可予診 | 3,168円 | | |
| 請求金額 | (計) | 枚 | 円 |

※請求は、月締めで翌月10日までに請求する。