

定期予防接種実績報告書兼請求書(広域分)
(月分)

市町村長 殿

所在地
医療機関名
※代表者名
電話番号

印

添付予診票のとおり、予防接種が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

記

ワクチン	単価	件数	請求額	ワクチン	単価	件数	請求額
五種混合				ヒブ			
四種混合				小児用肺炎球菌			
三種混合				ポリオ			
二種混合				水痘			
麻しん				高齢者用肺炎球菌			
風しん				高齢者用肺炎球菌自己負担免除者			
M R				B型肝炎			
日本脳炎乾燥細胞ワクチン				ロタリックス			
BCG				ロタテック			
高齢者インフルエンザ				新型コロナウイルス			
高齢者インフルエンザ自己負担免除者				新型コロナウイルス自己負担免除者			
子宮頸がん(2・4価)				不可問診			
子宮頸がん(9価)							
				合計			

※ 年齢等により単価が異なる場合は、空欄をご利用のうえ請求して下さい。

(振込先金融機関)				口座名義人	
銀行		支店		フリガナ	
預金種目	普通預金 当座預金 貯蓄預金	口座番号		氏名	

※ 代表者名は、委任書(福岡県医師会へ提出)に記載した管理者名となります。

定期予防接種実績報告書兼請求書(広域分)
(月分)

医師会長 殿

所在地
医療機関名
※代表者名
電話番号

印

添付予診票のとおり、予防接種が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

記

ワクチン 市町村	五種混合	四種混合	三種混合	二種混合	麻しん	風しん	M R	日本脳炎 乾燥細胞 ワクチン	BCG	高齢者 インフルエンザ	インフルエンザ 自己負担 免除者	子宮頸 がん (2・ 4価)	子宮頸 がん (9価)	計
ワクチン 市町村	ヒブ	小児用 肺炎球菌	ポリオ	水痘	高齢者用 肺炎球菌	高齢者用 肺炎球菌 自己負担 免除者	B型肝炎	ロタリッ クス	ロタテック	新型コロナ ウイルス	新型コロ ナウイルス 自己負 担免除者	不可問診	計	

(振込先金融機関)				口座名義人	
銀行		支店		フリガナ	
預金 種目	普通預金 当座預金 貯蓄預金	口座 番号		氏名	

※ 代表者名は、委任書(福岡県医師会へ提出)に記載した管理者名となります。

定期予防接種実績報告書兼請求書(広域分)
(月分)

市町村長 殿

所在地

医師会名

会長名

印

添付予診票のとおり、予防接種が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

記

ワクチン	単価	件数	請求額	ワクチン	単価	件数	請求額
五種混合				ヒブ			
四種混合				小児用肺炎球菌			
三種混合				ポリオ			
二種混合				水痘			
麻しん				高齢者用肺炎球菌			
風しん				高齢者用肺炎球菌自己負担免除者			
M R				B型肝炎			
日本脳炎乾燥細胞ワクチン				ロタリックス			
BCG				ロタテック			
高齢者インフルエンザ				新型コロナウイルス			
高齢者インフルエンザ自己負担免除者				新型コロナウイルス自己負担免除者			
子宮頸がん(2・4価)				不可問診			
子宮頸がん(9価)							
				合計			

※ 年齢等により単価が異なる場合は、空欄をご利用のうえ請求して下さい。

(振込先金融機関)			口座名義人	
銀行 支店			フリガナ	
預金種目	普通預金 当座預金 貯蓄預金	口座番号	氏名	