会津若松医師会予防接種委託料請求書

年　　月　　日

金山町長　あて

住所

年　　月実施分

名称

役職・氏名　　印

予防接種委託料を
次のとおり請求します。

電話番号

請求金額　¥　　円

内訳

予防接種の種類		人　数	単　価	自己負担額	金　額
ＢＣＧ		人	１３，１０１円	０円	円
二種混合（ＤＴ）		人	６，３３６円	０円	円
四種混合		人	１３，０９０円	０円	円
五種混合		人	２１，９６７円	０円	円
麻しん・風しん混合	Ⅰ期	人	１２，４１４円	０円	円
	Ⅱ期	人	１０，９８４円	０円	円
ロタ	ロタリックス	人	１６，４０１円	０円	円
	ロタテック	人	１１，４６２円	０円	円
日本脳炎	Ⅰ期	人	７，４４７円	０円	円
	Ⅱ期	人	７，０５１円	０円	円
ヒブ		人	１０，５７３円	０円	円
小児用肺炎球菌		人	１３，８９６円	０円	円
水痘		人	１０，８４６円	０円	円
Ｂ型肝炎		人	８，１１１円	０円	円
不活化ポリオ		人	９，５１６円	０円	円
子宮頸がん	2価・4価	人	１６，６７６円	０円	円
	9価	人	２８，３４７円		円
高齢者肺炎球菌		人	１１，６７４円	０円	円
帯状疱疹	ビケン	人	８，５９１円	※４，０００円	円
	ｼﾝｸﾞﾘｯｸｽ	人	２１，６２６円	※１０，０００円	円
RSウイルス		人	２９,８７６円	０円	円
予診のみ		人	１，６０６円	―	円
計		人			円

※生活保護世帯の自己負担額は0円

振込先

金融機関名	銀行　　本・支店		
口座種別	普通 ・ 当座 ・ その他	口座番号	
(フリガナ)			
口座名義人			