

定期予防接種委託料請求書

令和（ ）年（ ）月分

令和 年 月 日

（宛先） 鈴鹿市長

所在地

医療機関名称

代表者

電話番号

請求金額 _____ 円

上記のとおり請求します。

検収	令和 年 月 日	
----	----------	--

令和6年度(令和6年4月～令和7年3月分)

請求内訳				
予防接種の種類		委託料単価	件数	金額
ロタウイルス感染症	ロタリックス:1価	17,000	件	円
	ロタテック :5価	12,000	件	円
B型肝炎		8,500	件	円
小児用肺炎球菌	バクニューバンス:15価	14,200	件	円
	プレベナー:13価	14,300	件	円
5種混合(DPTポリオ、ヒブ)		22,400	件	円
4種混合(DPTポリオ)		13,600	件	円
ヒブ		11,100	件	円
BCG		13,400	件	円
MR(麻しん・風しん)	第1期	13,000	件	円
	第2期	11,600	件	円
水痘		11,300	件	円
日本脳炎	第1期	8,500	件	円
	第2期	7,600	件	円
	特例	7,600	件	円
DT第2期		5,500	件	円
HPV	サーバリックス:2価	17,300	件	円
	ガーダシル:4価	17,300	件	円
	シルガード9:9価	28,200	件	円
予診料(接種見合わせの場合)		3,660	件	円
合計			件	円

(予診料について)

見合わせになった理由を医師記入欄等に必ずご記入ください。同時接種の場合はいずれかの請求区分で1件となります。発熱・症状等の状況により、通常の診察(診療報酬)となった方は対象外となります。