

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 年 月 日 請求書確認	

令和4年度(令和4年4月～令和5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	16,700	件	円
	ロタテック :5価	11,700	件	円
B型肝炎		8,300	件	円
ヒブ		10,600	件	円
小児用肺炎球菌		14,000	件	円
DPTポリオ(四種混合)		13,300	件	円
不活化ポリオ		11,000	件	円
DT2期		5,600	件	円
BCG		11,600	件	円
MR(麻しん・風しん)	第1期	13,700	件	円
	第2期	12,300	件	円
水痘		11,000	件	円
日本脳炎	第1期	8,200	件	円
	第2期	7,400	件	円
	特例	7,400	件	円
HPV	小学6年生～ 高校1年生相当	17,000	件	円
	キャッチアップ	17,000	件	円
予診料		3,630	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。

令和4年3月作成