定期予防接種料金請求書

【2023.4 改訂】

年　月　日

都留市長　様

【　年　月分】（　年　月　日～　年　月　日）

請求金額								円	

請求金額の内訳	種別	単価消費税 10%	接種者数	金額
	麻しん風しん混合 1 期	12，790円	名	円
	麻しん風しん混合 2 期	10，470円	名	円
	単独不活化ポリオ・1期初回、追加	10，680円	名	円
	二種混合・2 期	5，600円	名	円
	四種混合・1期初回、追加	10，400円	名	円
	三種混合・1期初回、追加	6，270円	名	円
	BCG	11，000円	名	円
	日本脳炎・1 期初回・追加・2 期	7，500円	名	円
	水痘（1・2 回）	8，160円	名	円
	ヒブワクチン（初回 1・2・3 回、追加）	7，740円	名	円
	小児用肺炎球菌（初回 1・2・3 回、追加）	11，190円	名	円
	B型肝炎ワクチン（1・2・3 回）	5，340円	名	円
	ロタウイルスワクチン 1 価弱毒生ウイルスワクチン ロタリックス	14，100円	名	円
	ロタウイルスワクチン 5 価弱毒生ウイルスワクチン ロタテック	8，790円	名	円
	子宮頸がんワクチン HPV（2 価・4 価）	16，230円	名	円
	子宮頸がんワクチン HPV（9 価）	29，250円	名	円
	予診のみ(就学前)	3，720円	名	円
	予診のみ(小・中・高生)	2，950円	名	円
	合計		名	円

予防接種料金として、上記の金額を請求いたします。

医療機関名	名称	印
	所在地	

［振込先口座］ 2回目以降の請求で、 債権者口座登録 と同じ口座の場合は記入不要です。

振込口座	振込先	金融機関名		種別	口座番号						
		本・支店名									
	口座名義	住所									
		フリガナ									
		氏名									