

定期予防接種料金請求書

【2026.4 改訂】

令和 年 月 日

都 留 市 長 様

【令和 年 月分】

請 求 金 額									円
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	---

請 求 金 額 の 内 訳	種別	単価 <small>消費税10%</small>	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
	2種混合・2 期	6,340 円	名	円
	5種混合・1期初回、追加	20,000円	名	円
	BCG	12,760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)	8,500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 ロタリックス	14,100円	名	円
	ロタウイルスワクチン ロタテック	8,790円	名	円
	子宮頸がんワクチン HPV(9 価)	29,250円	名	円
	不活化ポリオワクチン	10,680円	名	円
	RS ウイルス	32,570 円	名	円
	3種混合	9,770 円	名	円
	予診のみ(就学前)	3,720円	名	円
	予診のみ(就学以上)	2,950円	名	円
訳	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〕 債権者口座登録をしてある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								
	名口 義座	フリガナ								
		氏 名								