定期予防接種料金請求書

【2025.7 改訂】

年　　月　　日

都留市長　　様

【　　年　　月分】

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
	2種混合･2 期	5，600円	名	円
	4種混合･1期初回、追加	10，400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（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
	不活化ポリオワクチン	10，680円	名	円
	三種混合	6，270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			