

(医療機関提出用)

平成 年 月 請求分個別予防接種実施報告書及び請求総括表

医療機関コード							
---------	--	--	--	--	--	--	--

医療機関の所在地 及び名称、開設者氏名	(〒 -)	電話番号 () -
------------------------	---------	------------

予防接種名	接種区分		被接種者総件数	総請求金額	
二種混合 (1080100)	11~13才未満	1080101			
MR (1080200)	I 期	1080201			
	II 期	1080202			
麻しん (1080300)	I・II 期	1080301			
風しん (1080400)	I・II 期	1080401			
乾燥細胞培養日本脳炎 (1080500)	I 期 (1 回当たり)	1080503			
	II 期	1080504			
	I 期 (1 回当たり) ※島原市の特例対象者のみ	1080505			
	II 期 ※島原市の特例対象者のみ	1080506			
BCG (1080900)	1 回	1080901			
不活化ポリオ (1081000)	1 回当たり	1081001			
四種混合 (1081100)	1 回当たり	1081101			
子宮頸がん予防 (1081200)	1 回当たり	1081201			
ヒブ (1081300)	1 回当たり	1081301			
小児用肺炎球菌 (1081400)	1 回当たり	1081401			
水痘 (1081500)	1 回当たり	1081501			
B 型肝炎 (1081600)	1 回当たり	1081601			
A 類接種不可料 (1080600)	子宮頸がん予防 以外	1080601			
	子宮頸がん予防	1080603			
B 類 疾病	高齢者 インフルエンザ (2080700)	自己負担免除	2080701		
		自己負担徴収	2080702		
	高齢者肺炎球菌 (2080900)	自己負担免除	2080901		
		自己負担徴収	2080902		
B 類接種不可料 (2080800)		2080801			
合 計					

—お願い—

※請求書に予診票を添付して、翌月10日までに長崎県国民健康保険団体連合会へ提出して下さい。

請求書枚数