

個別予防接種返戻理由別付箋

平成 年 月 処理

市町村名	被接種者名	医療機関	返戻元
		コード	長崎県国保連合会
		機関名	

(医療機関の方へ) この予診票には○の箇所に不備があります。
 なお、国保連合会へ再請求される場合は、この付箋を添付したまま提出してください。(請求書は接種月ごとに分けてください。)

事由	コード	返戻発生項目	事由	コード	返戻発生項目
<input type="checkbox"/> 記入もれ <input type="checkbox"/> 再調査 お願いします	1	予防接種の種類・回数	記入もれ	14	接種への同意・不同意
	2	住所		15	接種時体温
	3	氏名欄		16	接種量
	4	生年月日	資格関係	17	住民該当者なし
	5	使用ワクチン名 Lot. No		18	重複接種
	6	実施場所		19	対象年齢
	7	医師名		20	費用負担区分(非課税世帯等)
	8	接種年月日		21	接種期間外
	9	医師の記入欄(サイン)	22	域内	
	10	医師の記入欄(捺印)	返戻依頼	23	医療機関からの返戻依頼
	11	医師の記入欄(接種可・不可)	その他	24	医療機関控え
	12	保護者サイン		25	
	13	被接種者サイン			
摘要欄					

個別予防接種返戻理由別付箋

平成 年 月 処理

市町村名	被接種者名	医療機関	返戻元
		コード	長崎県国保連合会
		機関名	

(医療機関の方へ) この予診票には○の箇所に不備があります。
 なお、国保連合会へ再請求される場合は、この付箋を添付したまま提出してください。(請求書は接種月ごとに分けてください。)

事由	コード	返戻発生項目	事由	コード	返戻発生項目
<input type="checkbox"/> 記入もれ <input type="checkbox"/> 再調査 お願いします	1	予防接種の種類・回数	記入もれ	14	接種への同意・不同意
	2	住所		15	接種時体温
	3	氏名欄		16	接種量
	4	生年月日	資格関係	17	住民該当者なし
	5	使用ワクチン名 Lot. No		18	重複接種
	6	実施場所		19	対象年齢
	7	医師名		20	費用負担区分(非課税世帯等)
	8	接種年月日		21	接種期間外
	9	医師の記入欄(サイン)	22	域内	
	10	医師の記入欄(捺印)	返戻依頼	23	医療機関からの返戻依頼
	11	医師の記入欄(接種可・不可)	その他	24	医療機関控え
	12	保護者サイン		25	
	13	被接種者サイン			
摘要欄					