

(医療機関提出用)

令和 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 及び	国保連合会に 請求する月 を記入して下さい。 (接種月ではありません。請求書とは異なります。)	医療機関コード							
		電話番号 () -							

予防疫種名	接種区分		被接種者総件数	総請求金額
A 類 疾 病	三種混合 (1080000)	1回当たり	1080001	
	二種混合 (1080100)	11~13才未満	1080101	
		3~7才半未満 ※島原市のみ	1080102	
	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	
	ロタウイルス (1081700)	1価(1回当たり)	1081701	
5価(1回当たり)		1081702		
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				

※重要※
 総括表は**請求月に1枚のみ**の提出になります。
 市町毎、接種月毎に添付する必要はありませんので
 全請求書の合計を記入して下さい。

請求書の枚数を記入して下さい。
 ※予診票の枚数ではありません