

(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

国保連合会に請求する月を記入して下さい。

医療機関コード

医療機関の所在地
及び名称、開設者氏名

(千

—

)

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
A 類 疾 病	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		
B 類 疾 病	高齢者 インフルエンザ (2080700)	子宮頸がん予防 以外	1080601		
		子宮頸がん予防	1080603		
	高齢者肺炎球菌 (2080900)	自己負担免除	2080701		
		自己負担徴収	2080702		
	B 類接種不可料 (2080800)	自己負担免除	2080901		
合 計		自己負担徴収	2080902		
			2080801		

※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

—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

