

(医療機関提出用)

広域用

平成 年 月 日

予 防 接 種 実 施 報 告 書 及 び 請 求 書

(平成 年 月接種分)

市町番号

4

2

医療機関コード

市町名

医療機関の所在地

長様

及び名称、開設者氏名

印

別紙予診票の通り実施したので、次のとおり報告及び請求する。

					請 求		決 定	
予防接種名	単価	接種区分			件数	請求金額	件数	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					
		※島原市のみ I 期 (1回当たり) (特例対象者)	1080505					
		※島原市のみ II 期 (特例対象者)	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								