

(医療機関提出用)

事務処理の都合上、予防接種の市町番号を設定しています。
一覧表をご覧のうえご記入下さい。
なお医療機関の所在地の市町への請求は従来どおりです。

接種月を記載してください。

また、返戻等で月遅れ分がある場合は、同一保険者であっても、
請求書は接種月毎に分けて作成して下さい。

(複数毎になる場合がございます。)

日

施 報 告 書 請 求 書

(平成 年 月 接種分)

市町番号

4	2				
---	---	--	--	--	--

市町名

該当の市町名をご記入下さい。
市町長名は必要ありません。

医療機関コード

必ず押印して下さい。

なお、印鑑は国保の診療報酬で
届出しているものをご使用下さい。

医療機関の所在地

長様

及び名称、開業年月日

請求の欄のみご記入下さい。

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)	MR (1080200)	11～13才未満	1080101				
		I 期	1080201				
		II 期	1080202				
		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 類 疾 病	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				
	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						

請求の無いワクチンの欄は記入しないで下さい。