

(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

医療機関コード									
医療機関の所在地 (〒 -) 電話番号 () - 及び名称、開設者氏名									

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	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		
	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					

—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

--

(医療機関提出用)

年 月請求分個別予防接種実施報告書及び請求総括表

医療機関コード

医療機関の所在地
及び名称、開設者氏名

(〒

ー

)

電話番号 (

)

ー

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	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		
	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					

ーお願いー

※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