

(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。)

市町番号

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

(平成 年 月 接種分)

※改元後(2019年5月接種以降)は、**元号無しの請求書**を用い、**和暦(新元号)**を記載してください。

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
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				
		※島原市のみ	3～7才半未満 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			請求の無いワクチンの欄は記入しないで下さい。	
			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							