

(医療機関提出用)

令和 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	( 〒 )	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	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
-------