

(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。)

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。

予防接種名	単価	接種区分	請 求		決 定		
			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				
	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							