

(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 及び 医師	国保連合会に 請求する月 を記入して下さい。 (接種月ではありません。請求書とは異なります。)	医療機関コード							
		電話番号 () -							

A 類 疾 病	予防接種名	接種区分		被接種者総件数	総請求金額
		三種混合 (1080000)	1回当たり	108001	
	二種混合 (1080100)	11~13才未満	108011		
	MR (1080200)	I期	108021		
		II期	108022		
	麻しん (1080300)	I期	108031		
		II期	108033		
	風しん (1080400)	I期	108041		
		II期	108043		
	乾燥細胞培養日本脳炎 (1080500)	I期(1回当たり)	108053		
		II期	108054		
		I期(1回当たり) ※島原市の特例対象者のみ	108055		
		II期 ※島原市の特例対象者のみ	108056		
	BCG (1080900)	1回	108091		
	不活化ポリオ (1081000)	1回当たり	108101		
	四種混合 (1081100)	1回当たり	108111		
	子宮頸がん予防 (1081200)	2価、4価(1回当たり)	108122		
		9価(1回当たり)	108123		
	ヒブ (1081300)	1回当たり	108131		
	小児用肺炎球菌 (1081400)	13価(1回当たり)	108141		
		15価(1回当たり)	108142		
	水痘 (1081500)	1回当たり	108151		
	B型肝炎 (1081600)	1回当たり	108161		
	ロタウイルス (1081700)	1価(1回当たり)	108171		
		5価(1回当たり)	108172		
	五種混合 (1080000)	1回当たり	108181		
	A類接種不可料 (1080600)	子宮頸がん予防 以外	108061		
		子宮頸がん予防	108063		
B 類 疾 病	高齢者 インフルエンザ (2080700)	自己負担免除	208071		
		自己負担徴収	208072		
	高齢者肺炎球菌 (2080900)	自己負担免除	208091		
		自己負担徴収	208092		
B類接種不可料 (2080800)		208081			
合 計					

※重要※
 総括表は**請求月に1枚のみ**の提出になります。
 市町毎、接種月毎に添付する必要はありませんので
 全請求書の合計を記入して下さい。

請求書の枚数を記入して下さい。
 ※予診票の枚数ではありません

—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	○
-------	---