B類疾病予防接種委託料請求書

令和　　年　　月　　日

美祢市長　様

医療機関所在地
（請求者）　医療機関名
氏名

令和　　年　　月分を上記のとおり請求します。

請求金額　　円

※合計金額（個人負担金を含む）を記入する

（請求内訳）

種　　目		件　数	単　価(円)	請求金額（円）
インフルエンザ予防接種（10月～2月）	個人負担金あり		４，９５０（個人負担金含む）	
	生活保護世帯者		４，９５０	
	予診のみ		１，３９７	
新型コロナウイルス感染症予防接種（10月～２月）	個人負担金あり		１５，６００（個人負担金含む）	
	生活保護世帯者		１５，６００	
	予診のみ		１，３９７	
肺炎球菌（PCV20）	個人負担金あり		１１，７２０（個人負担金含む）	
	生活保護世帯者		１１，７２０	
	予診のみ		１，３９７	
帯状疱疹組換えワクチン	個人負担金あり		２２，０６０（個人負担金含む）	
	生活保護世帯者		２２，０６０	
	予診のみ		１，３９７	
帯状疱疹生ワクチン	個人負担金あり		８，８６０（個人負担金含む）	
	生活保護世帯者		８，８６０	
	予診のみ		１，３９７	
合　計				

※令和8年4月から適用

なお、支払いにあたっては、下記の口座に振り込みをお願いします。

銀　　行 信用組合・組合	支　店 支　所
１普通　　２当座	口座名義人(カタカナ)
口座番号	

実際の振り込みの金額は個人負担金を控除した金額です。

振込金額＝合計金額－「個人負担金あり」の件数×個人負担金額（※）

（※）1,490円、4,680円、3,520円、6,620円、2,660円