

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 (PPSV23)	個人負担金あり	9,574 (個人負担金含む)	
	生活保護世帯者	9,574	
	予診のみ	1,397	
带状疱疹 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	
带状疱疹 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7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	支 店
信用組合・組合	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、2,870円、6,620円、2,660円