

予防接種業務委託料請求内訳表(10月～3月実施分)

(月分) 31

番号	接 種 名	件 数	単 位	単 価 (円)	金 額 (円)
1	麻疹風しん 第 1 期		件	10,800	
2	麻疹風しん 第 2 期		件	10,800	
3	ジフテリア・破傷風第 2 期		件	3,870	
4	日本脳炎 第 1 期 (対象；6ヶ月から7歳6ヶ月の前日)		件	7,720	
5	日本脳炎 特例第 1 期 (H7. 4. 2～H19. 4. 1生で7歳半以上20歳未満) (H19. 4. 2～H21. 10. 1生で9歳以上13歳未満)		件	6,900	
6	日本脳炎 第 2 期・特例第 2 期		件	6,900	
7	麻疹 (第1期・2期)		件	7,230	
8	風しん (第1期・2期)		件	7,230	
9	不活化ポリオ 第1期 初回		件	10,140	
10	不活化ポリオ 第1期 追加		件	10,140	
11	ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ 第 1 期 初 回 (4種混合)		件	11,300	
12	ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ 第 1 期 追 加 (4種混合)		件	11,300	
13	ヒブ (インフルエンザ菌 b 型) 初 回		件	8,700	
14	ヒブ (インフルエンザ菌 b 型) 追 加		件	8,700	
15	小児用肺炎球菌 初 回		件	12,070	
16	小児用肺炎球菌 追 加		件	12,070	
17	子宮頸がん		件	16,520	
18	結核 (B C G)		件	7,450	
19	水痘 (1 回目)		件	9,100	
20	水痘 (2 回目)		件	9,100	
21	B 型肝炎 (1 回目)		件	6,780	
22	B 型肝炎 (2 回目)		件	6,780	
23	B 型肝炎 (3 回目)		件	6,780	
合 計			件	合 計	

年 月 日

住所 _____

氏名 _____ (印)

医療機関コード _____

(担当医→金沢市健康政策課)

予防接種業務委託料請求内訳表

ワクチンごとの接種した件数を記入くだ

(月分) 31

番号	接種名	件数	単位	単価(円)	金額(円)
1	麻しん風しん 第1期	1	件	10,610	10,610
2	麻しん風しん 第2期		件	10,610	
3	ジフテリア・破傷風第2期		件	3,800	
4	日本脳炎 第1期 (対象：6ヶ月から7歳6ヶ月の前日)		件	7,580	
5	日本脳炎 特例第1期 (H7.4.2~H19.4.1生で7歳半以上20歳未満) (H19.4.2~H21.10.1生で9歳以上13歳未満)		件	6,770	
6	日本脳炎 第2期・特例第2期		件	6,770	
7	麻しん(第1期・2期)		件	7,100	
8	風しん(第1期・2期)		件	7,100	
9	不活化ポリオ 第1期 初回		件	9,960	
10	不活化ポリオ 第1期 追加		件	9,960	
11	ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ 第1期 初回 (4種混合)		件	11,090	
12	ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ 第1期 追加 (4種混合)		件	11,090	
13	ヒブ(インフルエンザ菌b型) 初回	5	件	8,540	42,700
14	ヒブ(インフルエンザ菌b型) 追加		件	8,540	
15	小児用肺炎球菌 初回	5	件	11,850	59,250
16	小児用肺炎球菌 追加		件	11,850	
17	子宮頸がん		件	16,220	
18	結核(BCG)		件	7,310	
19	水痘(1回目)		件	8,930	
20	水痘(2回目)		件	8,930	
21	B型肝炎(1回目)		件	6,650	
22	B型肝炎(2回目)		件	6,650	
23	B型肝炎(3回目)		件	6,650	
合計		11	件	合計	112,560

請求月を
記入ください

ワクチンごとの
集計額を
記入くだ

合計の件数を記入くださ

年 月 日

合計の金額を記入ください。
この合計金額が、請求書の請求金額となります

日付は記入しないでください

医療機関所在地、(原則)病院名、代表者名(医師名)、医療機関コードを記入・押印ください
請求書と同様の住所、氏名を記入ください。

住所 金沢市広坂1-1-1

〇〇病院

氏名 〇〇長 金沢 太郎

印

医療機関コード 1234567