

予防接種業務委託料請求内訳表

( 月分) 8

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		件	10,960	
2	麻しん風しん 第2期		件	10,960	
3	ジフテリア・破傷風第2期		件	5,290	
4	日本脳炎 第1期 (対象; 6ヶ月から7歳6ヶ月の前日)		件	7,880	
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)		件	7,050	
6	日本脳炎 第2期・特例第2期		件	7,050	
7	麻しん(第1期・2期)		件	7,380	
8	風しん(第1期・2期)		件	7,380	
9	風しん(第5期) 麻しん風しん混合ワクチン		件	10,130	
10	風しん(第5期) 風しん単独ワクチン		件	6,630	
11	不活化ポリオ 第1期 初回		件	10,300	
12	不活化ポリオ 第1期 追加		件	10,300	
13	ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ ヒブ 第1期 初回 (5種混合)		件	20,400	
14	ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ ヒブ 第1期 追加 (5種混合)		件	20,400	
15	ジフテリア・百日せき・破傷風 第1期 初回 (3種混合)		件	9,640	
16	ジフテリア・百日せき・破傷風 第1期 追加 (3種混合)		件	9,640	
17	ヒブ(インフルエンザ菌b型) 初回		件	9,200	
18	ヒブ(インフルエンザ菌b型) 追加		件	9,200	
19	小児用肺炎球菌 初回		件	12,220	
20	小児用肺炎球菌 追加		件	12,220	
21	子宮頸がん(シルガード9)		件	29,600	
22	結核(BCG)		件	11,450	
23	水痘1回目		件	9,250	
24	水痘2回目		件	9,250	
25	B型肝炎1回目		件	6,930	
26	B型肝炎2回目		件	6,930	
27	B型肝炎3回目		件	6,930	
28	ロタリックス1回目		件	14,700	
29	ロタリックス2回目		件	14,700	
30	ロタテック1回目		件	9,670	
31	ロタテック2回目		件	9,670	
32	ロタテック3回目		件	9,670	
33	RSウイルス		件	29,820	
<b>合計</b>			件	<b>合計</b>	

※ ワクチンの区別に必要なため、接種券には必ずワクチンシールの貼付をお願いします。

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

医療機関コード \_\_\_\_\_

(担当医→金沢市医師会→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さい

( 4 月分) 8

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	10,960	10,960
2	麻しん風しん 第2期			960	
3	ジフテリア・破傷風第2期			290	
4	日本脳炎 第1期 (対象; 6ヶ月から7歳6ヶ月の前日)			380	
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)		件	7,050	
6	日本脳炎 第2期・特例第2期		件	7,050	
7	麻しん (第1期・2期)		件	7,380	
8	風しん (第1期・2期)		件	7,380	
9	風しん (第5期) 麻しん風しん混合ワクチン		件	10,130	
10	風しん (第5期) 風しん単独ワクチン		件	6,630	
11	不活化ポリオ 第1期 初回		件	10,300	
12	不活化ポリオ 第1期 追加		件	10,300	
13	ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ ヒブ 第1期 初回 (5種混合)		件	20,400	
14	ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ ヒブ 第1期 追加 (5種混合)		件	20,400	
15	ジフテリア・百日せき・破傷風 第1期 初回 (3種混合)		件	9,640	
16	ジフテリア・百日せき・破傷風 第1期 追加 (3種混合)		件	9,640	
17	ヒブ (インフルエンザ菌b型) 初回		件	9,200	
18	ヒブ (インフルエンザ菌b型) 追加		件	9,200	
19	小児用肺炎球菌 初回		件	12,220	
20	小児用肺炎球菌 追加		件	12,220	
21	子宮頸がん (シルガード9)	2	件	29,600	59,200
22	結核 (BCG)		件	11,450	
23	水痘 1回目		件	9,250	
24	水痘 2回目		件	9,250	
25	B型肝炎 1回目		件	6,930	
26	B型肝炎 2回目		件	6,930	
27	B型肝炎 3回目		件	6,930	
28	ロタリックス 1回目		件	14,700	
29	ロタリックス 2回目		件	14,700	
30	ロタテック 1回目		件	9,670	
31	ロタテック 2回目		件	9,670	
32	ロタテック 3回目		件	9,670	
33	RSウイルス		件	29,820	
<b>合計</b>		<b>3</b>	<b>件</b>	<b>合計</b>	<b>70,160</b>

請求する月を記入ください。  
例) 4月接種分を5月に請求する場合  
→ (4月分)

ワクチンごとの集計額を記入ください

※ ワクチンの接種には必ずワクチンシールの貼付をお願いします。

合計の件数を記入ください

合計の金額を記入ください。

年 月 日

日付は記入しないでください

- ・医療機関所在地
  - ・医療機関名
  - ・代表者名(医師名)
  - ・医療機関コード
- 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

医療機関コード 1234567