

予防接種業務委託料請求内訳表

(月分) (7)

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	4,030	
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・不活化ポリオ 第1期 初回 (4種混合)		件	11,450	
16	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	11,450	
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 サーバリックス・ガーダシル		件	16,680	
22	子宮頸がん シルガード		件	29,600	
23	結核(BCG)		件	11,450	
24	水痘1回目		件	9,250	
25	水痘2回目		件	9,250	
26	B型肝炎1回目		件	6,930	
27	B型肝炎2回目		件	6,930	
28	B型肝炎3回目		件	6,930	
29	ロタリックス1回目		件	14,700	
30	ロタリックス2回目		件	14,700	
31	ロタテック1回目		件	9,670	
32	ロタテック2回目		件	9,670	
33	ロタテック3回目		件	9,670	
合計		件	合計		

※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 _____

内訳書 記入見本

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

(月分) (7)

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		件	10,960	
3	ジフテリア・破傷風第2期		件	4,030	
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・百日咳・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・百日咳・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・百日咳・破傷風・不活化ポリオ 第1期 初回 (4種混合)		件	11,450	
16	ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ 第1期 追加 (4種混合)		件	11,450	
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 サーバリックス・ガーダシル		件	16,680	
22	子宮頸がん シルガード	2	件	29,600	59,200
23	結核(BCG)		件	11,450	
24	水痘1回目		件	9,250	
25	水痘2回目		件	9,250	
26	B型肝炎1回目		件	6,930	
27	B型肝炎2回目		件	6,930	
28	B型肝炎3回目		件	6,930	
29	ロタリックス1回目		件	14,700	
30	ロタリックス2回目		件	14,700	
31	ロタテック1回目		件	9,670	
32	ロタテック2回目		件	9,670	
33	ロタテック3回目		件	9,670	
合計		3	件	合計	70,160

※ワクチンの区別に必要なため、接種券に付箋(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

住所 金沢市広坂1-1-1

○○病院

氏名 ○○長 金沢 太郎

医療機関コード 1234567

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ください

(担当医→金沢市医師会→金沢市健康政策課)