

# 予防接種業務委託料請求内訳表

( 月分) ⑤

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	10,870	
2	麻疹風しん 第2期		件	10,870	
3	ジフテリア・破傷風第2期		件	3,940	
4	日本脳炎 第1期 (対象; 6ヶ月から7歳6ヶ月の前日)		件	7,790	
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	6,960	
6	日本脳炎 第2期・特例第2期		件	6,960	
7	麻疹 (第1期・2期)		件	7,290	
8	風しん (第1期・2期)		件	7,290	
9	不活化ポリオ 第1期 初回		件	10,210	
10	不活化ポリオ 第1期 追加		件	10,210	
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	11,360	
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	11,360	
13	ヒブ (インフルエンザ菌b型) 初回		件	8,770	
14	ヒブ (インフルエンザ菌b型) 追加		件	8,770	
15	小児用肺炎球菌 初回		件	12,130	
16	小児用肺炎球菌 追加		件	12,130	
17	子宮頸がん サーバリックス・ガーダシル		件	16,590	
18	子宮頸がん シルガード		件	29,150	
19	結核 (BCG)		件	9,710	
20	水痘1回目		件	9,160	
21	水痘2回目		件	9,160	
22	B型肝炎1回目		件	6,840	
23	B型肝炎2回目		件	6,840	
24	B型肝炎3回目		件	6,840	
25	ロタリックス1回目		件	14,660	
26	ロタリックス2回目		件	14,660	
27	ロタテック1回目		件	9,640	
28	ロタテック2回目		件	9,640	
29	ロタテック3回目		件	9,640	
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 \_\_\_\_\_

(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

( 月分) 〇

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	10,870	10,870
2	麻しん風しん 第2期		件	10,870	
3	ジフテリア・破傷風第2期		件	3,940	
4	日本脳炎 第1期 (対象; 6ヶ月から7歳6ヶ月の前日)		件	7,790	
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	6,960	
6	日本脳炎 第2期・特例第2期		件	6,960	
7	麻しん(第1期・2期)		件	7,290	
8	風しん(第1期・2期)		件	7,290	
9	不活化ポリオ 第1期 初回		件	10,210	
10	不活化ポリオ 第1期 追加		件	10,210	
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	11,360	
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	11,360	
13	ヒブ(インフルエンザ菌b型) 初回	5	件	8,770	43,850
14	ヒブ(インフルエンザ菌b型) 追加		件	8,770	
15	小児用肺炎球菌 初回	5	件	12,130	60,650
16	小児用肺炎球菌 追加		件	12,130	
17	子宮頸がん サーバリックス・ガーダシル		件	16,590	
18	子宮頸がん シルガード		件	29,150	
19	結核(BCG)		件	9,710	
20	水痘1回目		件	9,160	
21	水痘2回目		件	9,160	
22	B型肝炎1回目		件	6,840	
23	B型肝炎2回目		件	6,840	
24	B型肝炎3回目		件	6,840	
25	ロタリックス1回目		件	14,660	
26	ロタリックス2回目		件	14,660	
27	ロタテック1回目		件	9,640	
28	ロタテック2回目		件	9,640	
29	ロタテック3回目		件	9,640	
<b>合計</b>		11	件	<b>合計</b>	115,370

請求月を  
記入ください

ワクチンごとの集計額  
を記入ください

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

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、(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

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