

令和2年度高齢者インフルエンザ予防接種委託料請求書

年 月 日

長 殿

医療機関住所

医療機関名

代表者名

印

振込先	金融機関名		銀行 信用組合 信用金庫 農協		支店 本店
	預金種別	普通 当座	口座番号		
	(フリガナ)				
	口座名(漢字)				

次のとおり予防接種委託料を請求します。

(年 月分)

予防接種の種類及び単価		予診票の枚数	請求金額
インフルエンザ (一般)	円	枚	円
インフルエンザ (生活保護世帯に属する者・ 中国残留邦人等支援給付受給 者)	円	枚	円
不可予診	円	枚	円
請求金額	(計)	枚	円

※請求は、月締めで翌月10日までに請求する。

例：接種料金が 4,600 円の場合

記載例

様式第 3 号 (第 5 条第 1 項関係)

(粕屋地区用)

令和 2 年度高齢者インフルエンザ予防接種委託料請求書

令和 ○年 ○月○○日

須 恵 町 長 殿

医療機関住所 ○○県○○市○○丁目○番○号

医療機関名 医療法人 ○○ ○○医院

代表者名 理事長 ○○ ○○

印

振込先	金融機関名	○○ ○○	銀行 信用組合 信用金庫 農協	○○○○	支店 本店	
	預金種別	普通 当座	口座番号	○○○○○○○○		
	(フリガナ)	○○○ ○○○○				
	口座名(漢字)	○○ ○○				

次のとおり予防接種委託料を請求します。

必ず自己負担額 1,600 円を引いた額を記載してください。

例) 4,600 円 - 1,600 円 = 3,000 円

(令和○年○○月分)

予防接種の種類及び単価	予診票の枚数	請求金額
インフルエンザ (一般)	3 枚	9,000 円
インフルエンザ (生活保護世帯に属する者・ 中国残留邦人等支援給付受給者)	1 枚	4,600 円
不可予診	枚	円
請求金額 (計)	4 枚	13,600 円

貴医療機関・貴施設での
接種料金および不可予診料金を記載してください。

○月 10 日までに請求する。