

定期予防接種実施報告書

請求金額

円

令和 年 月分

種別		接種完了		予診のみ	
		件数	金額(税込)	件数	金額(税込)
2種混合(DT2期)		件	円	件	円
麻しん風しん 混合	1期	件	円	件	円
	2期	件	円	件	円
日本脳炎	1期	件	円	件	円
	特例1期	件	円	件	円
	2期・特例2期	件	円	件	円
BCG		件	円	件	円
不活化ポリオ(IPV単独)		件	円	件	円
3種混合(DPT)		件	円	件	円
4種混合 (DPT-IPV)	クアトロバック	件	円	件	円
	テトラビック	件	円	件	円
5種混合 (DPT-IPV-Hib)	ゴービック	件	円	件	円
	クイントバック	件	円	件	円
ヒブ(Hib)		件	円	件	円
小児用肺炎球菌	プレベナー13 バクニューバンス	件	円	件	円
子宮頸がん(HPV)	サーバリックス ガーダシル	件	円	件	円
	シルガード9	件	円	件	円
水痘		件	円	件	円
B型肝炎	ビームゲン0.25mL	件	円	件	円
	ビームゲン0.5mL	件	円	件	円
	ハブタックス-IIシリンジ [®] 0.25ml	件	円	件	円
ロタウイルス	ロタリックス	件	円	件	円
	ロタテック	件	円	件	円
高齢者肺炎球菌	自己負担 1,500円	件	円	件	円
	自己負担 免除	件	円	件	円
		件	円	件	円
		件	円	件	円
計		件	円	件	円
合計(接種完了+予診のみ)		件数		金額(税込)	
		件	円	件	円

上記のとおり報告します。

令和 年 月 日

〒

所在地

医療機関名

定期予防接種実施報告書

請求金額

円

令和 年 月分

種別		接種完了		予診のみ	
		件数	金額 (税込)	件数	金額 (税込)
2種混合 (DT2期)		件	円	件	円
麻しん風しん 混合	1期	件	円	件	円
	2期	件	円	件	円
日本脳炎	1期	件	円	件	円
	特例1期	件	円	件	円
	2期・特例2期	件	円	件	円
BCG		件	円	件	円
不活化ポリオ (IPV単独)		件	円	件	円
3種混合 (DPT)		件	円	件	円
4種混合 (DPT-IPV)	クアトロバック	件	円	件	円
	テトラビック	件	円	件	円
5種混合 (DPT-IPV-Hib)	ゴービック	件	円	件	円
	クイントバック	件	円	件	円
ヒブ (Hib)		件	円	件	円
小児用肺炎球菌	プレベナー13 バクニューバンス	件	円	件	円
子宮頸がん (HPV)	サーバリックス ガーダシル	件	円	件	円
	シルガード9	件	円	件	円
水痘		件	円	件	円
B型肝炎	ビームゲン0.25mL	件	円	件	円
	ビームゲン0.5mL	件	円	件	円
	ハブタックス-IIシリンジ® 0.25ml	件	円	件	円
ロタウイルス	ロタリックス	件	円	件	円
	ロタテック	件	円	件	円
高齢者肺炎球菌	自己負担 1,500円	件	円	件	円
	自己負担 免除	件	円	件	円
		件	円	件	円
		件	円	件	円
計		件	円	件	円
合計 (接種完了+予診のみ)		件数		金額 (税込)	
		件	円	件	円

上記のとおり報告します。

令和 年 月 日

〒

所在地

医療機関名

定期予防接種委託料払込通知書

払込金額

円

令和 年 月分

種別		接種完了		予診のみ	
		件数	金額 (税込)	件数	金額 (税込)
2種混合 (DT2期)		件	円	件	円
麻しん風しん 混合	1期	件	円	件	円
	2期	件	円	件	円
日本脳炎	1期	件	円	件	円
	特例1期	件	円	件	円
	2期・特例2期	件	円	件	円
BCG		件	円	件	円
不活化ポリオ (IPV単独)		件	円	件	円
3種混合 (DPT)		件	円	件	円
4種混合 (DPT-IPV)	クアトロバック	件	円	件	円
	テトラビック	件	円	件	円
5種混合 (DPT-IPV-Hib)	ゴービック	件	円	件	円
	クイントバック	件	円	件	円
ヒブ (Hib)		件	円	件	円
小児用肺炎球菌	プレベナー13 バクニューバンス	件	円	件	円
子宮頸がん (HPV)	サーバリックス ガーダシル	件	円	件	円
	シルガード9	件	円	件	円
水痘		件	円	件	円
B型肝炎	ビームゲン0.25mL	件	円	件	円
	ビームゲン0.5mL	件	円	件	円
	ハプタバックス-IIシリンジ 0.25mL	件	円	件	円
ロタウイルス	ロタリックス	件	円	件	円
	ロタテック	件	円	件	円
高齢者肺炎球菌	自己負担 1,500円	件	円	件	円
	自己負担 免除	件	円	件	円
		件	円	件	円
		件	円	件	円
計		件	円	件	円
合計 (接種完了+予診のみ)		件数		金額 (税込)	
		件		円	

貴院からの報告に基づく港区医師会からの請求により、上記金額を指定の口座に振込みました。

令和 年 月 日

〒

所在地

医療機関名

様