

定期予防接種実施報告書 記入例

請求金額		〇 〇 〇 , 〇 〇 〇 円		令和 〇 年 〇 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	2 件	〇〇,〇〇〇 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
B C G		1 件	〇〇,〇〇〇 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	2 件	〇〇,〇〇〇 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	1 件	〇〇,〇〇〇 円	件	円
ヒブ (Hib)		件	円	件	円
小児用肺炎球菌	プレベナー20 バクチュバンス	件	円	1 件	〇,〇〇〇 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	〇,〇〇〇 円
	ハダバックス-II シリジ 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
带状疱疹	生ワクチン(ビケン)	5 件	別紙あり 〇〇,〇〇〇 円	件	円
	組換えワクチン (シングレックス)	10 件	別紙あり 〇〇,〇〇〇 円	件	円
		件	円	件	円
		件	円	件	円
計		21 件	〇〇〇,〇〇〇 円	2 件	〇,〇〇〇 円
合計 (接種完了+予診のみ)		件数		金額 (税込)	
		23 件		〇〇〇,〇〇〇 円	

上記のとおり報告します。

〒
所 在 地
医療機関名

108-8315
港区三田1-4-10
みなと保健予防クリニック

令和 〇 年 〇 月 〇 日

3 枚複写なので、都度切り離して
ご使用ください。予診票と併せて、
3 枚とも医師会に提出してください。