

請求書及び実績報告書

様

所在地
医療機関
電話番号
代表者職氏名

印

令和 年 月分について、下記の通り請求します。

令和 年 月 日

金 円

年 月分実績報告書

予防接種名	区分	単価	件数	小計
ジフテリア, 百日せき, 急性灰白髄炎, 破傷風, Hib (DPT-IPV-Hib)				
ジフテリア, 百日せき, 急性灰白髄炎, 破傷風 (DPT-IPV)				
ジフテリア, 百日せき, 破傷風 (DPT)				
ジフテリア, 破傷風 (DT)				
麻しん, 風しん (MR)				
麻しん				
風しん				
日本脳炎				
結核 (BCG)				
急性灰白髄炎 (不活化ポリオ)				
子宮頸がん				
Hib (インフルエンザ菌 b 型)				
小児用肺炎球菌				
水痘				
B型肝炎				
ロタウイルス				
インフルエンザ (高齢者)				
高齢者用肺炎球菌				
新型コロナウイルス (高齢者)				
予診のみ				
			合計	

振込先	銀行	支店
口座番号	普通・当座 No.	
口座名義		

※口座名義は銀行に届けている正式名称をカタカナで記入してください。