

B類疾病予防接種完了報告書兼請求書(滋賀県予防接種広域化事業用)

年 月 日

彦根市長様

住所

医療機関名

代表者氏名

印

年 月分の予防接種を、下記のとおり完了しましたので報告いたします。

請求金額 , , —※右づめで記入してください。
※¥マークを入れてください。

予防接種の種類	個人負担金	単価	件数	金額	
高齢者の肺炎球菌感染症	あり	5,385 円	件	円	
	なし※	8,045 円	件	円	
高齢者のインフルエンザ	あり	3,010 円	件	円	
	なし※	4,810 円	件	円	
高齢者の新型コロナウイルス感染症	あり	10,660 円	件	円	
	なし※	15,260 円	件	円	
高齢者の帯状疱疹	生ワクチン(ビケン)	あり	5,410 円	件	円
		なし※	8,110 円	件	円
	組換えワクチン(シングリックス)	あり	14,210 円	件	円
		なし※	21,310 円	件	円
合計			件	円	

※個人負担金が「なし」の人は、予診票に「ワクチン接種依頼書」を添付して提出してください。

【振込み先】

金融機関	
本・支店	
口座番号	普通・当座 No.
フリガナ	
名義人	

【請求書送付先】

〒522-0057 彦根市八坂町1900番地4 くすのきセンター2階 彦根市健康推進課
電話: 0749-24-0816 FAX: 0749-24-5870