

予防接種料金請求書 (A 類疾病)

中央市用

金 額	¥
-----	---

ただし、別紙被接種者の予防接種代金 (1人/回)

種 別	接種料金 1人/回	人 数	金 額
ヒブワクチン	8,090円		
小児用肺炎球菌ワクチン	11,100円		
B型肝炎	5,560円		
ロタウイルス (ロタリックス)	13,440円		
ロタウイルス (ロタテック)	7,950円		
ポリオ	9,170円		
5種混合 (DPT-IPV-Hib)	20,030円		
4種混合 (DPT-IPV)	10,380円		
3種混合 (DPT)	5,720円		
BCG	13,150円		
水痘ワクチン	8,840円		
MR混合ワクチン (1期)	10,070円		
MR混合ワクチン (2期)	9,250円		
日本脳炎 (1期初回、追加)	7,220円		
日本脳炎 (2期)	7,320円		
2種混合 (DT)	5,490円		
子宮頸がん (サーバリックス・ガーダシル)	16,150円		
子宮頸がん (シルガード9)	29,350円		
麻しん単抗原 1期	7,650円		
麻しん単抗原 2期	6,820円		
風しん単抗原 1期	7,670円		
風しん単抗原 2期	6,840円		
予診のみ (乳幼児)	4,160円		
予診のみ (その他)	3,330円		

月分
 として上記のとおり請求します。

支払金額は、次の預貯金口座に振り込んで下さい。

令和 年 月 日

医療機関所在地
 医 療 機 関 名
 氏 名
 電 話 番 号

⑩

中央市長 殿

振込先	支店	当座 普通 口座 No	フリガナ □ 座 名義人
-----	----	-------------------	--------------------

検 収	上記について検査したところ相違ないことを確認しました。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;">氏名 ⑩</div>
-----	--