

予防接種料金請求書（A 類疾病）

中央市用

金 額 ￥

(R6.6.1 以降接種適用)

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, 1 5 0 円		
小児用肺炎球菌ワクチン	1 1, 1 6 0 円		
B 型肝炎	5, 6 2 0 円		
ロタウイルス（ロタリックス）	1 3, 4 7 0 円		
ロタウイルス（ロタテック）	7, 9 8 0 円		
ポリオ	9, 2 3 0 円		
5 種混合（DPT-I PV-H i b）	2 0, 0 9 0 円		
4 種混合（DPT-I PV）	1 0, 4 4 0 円		
3 種混合（DPT）	5, 7 8 0 円		
BCG	1 3, 2 1 0 円		
水痘ワクチン	8, 9 0 0 円		
MR 混合ワクチン（1 期）	1 0, 1 4 0 円		
MR 混合ワクチン（2 期）	9, 3 1 0 円		
日本脳炎（1 期初回、追加）	7, 2 8 0 円		
日本脳炎（2 期）	7, 3 8 0 円		
2 種混合（DT）	5, 5 6 0 円		
子宮頸がん（サーバリックス・ガーダシル）	1 6, 2 1 0 円		
子宮頸がん（シルガード 9）	2 9, 4 1 0 円		
麻しん単抗原 1 期	7, 7 1 0 円		
麻しん単抗原 2 期	6, 8 9 0 円		
風しん単抗原 1 期	7, 7 3 0 円		
風しん単抗原 2 期	6, 9 1 0 円		
予診のみ（乳幼児）	4, 1 9 0 円		
予診のみ（その他）	3, 3 7 0 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

印

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 氏名	印
-----	--	---