

予防接種料金請求書 (A 類疾病)

中央市用

金額	¥
----	---

(R8.4.1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	8,150円		
小児用肺炎球菌ワクチン	11,160円		
B型肝炎	5,620円		
ロタウイルス (ロタリックス)	13,470円		
ロタウイルス (ロタテック)	7,980円		
ポリオ	9,230円		
5種混合 (DPT-IPV-Hib)	20,090円		
4種混合 (DPT-IPV)	10,440円		
3種混合 (DPT)	5,780円		
BCG	13,210円		
水痘ワクチン	8,900円		
MR混合ワクチン (1期)	10,140円		
MR混合ワクチン (2期)	9,310円		
日本脳炎 (1期初回、追加)	7,280円		
日本脳炎 (2期)	7,380円		
2種混合 (DT)	6,500円		
子宮頸がん (9価)	29,410円		
RSウイルス (母子免疫ワクチン)	30,210円		
麻しん単抗原 1期	7,710円		
麻しん単抗原 2期	6,890円		
風しん単抗原 1期	7,730円		
風しん単抗原 2期	6,910円		
予診のみ (乳幼児)	4,190円		
予診のみ (その他)	3,370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