

予防接種料金請求書（A 類疾病）

中央市用

金 額 ￥

(R8.6.1 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	8,180 円		
小児用肺炎球菌ワクチン	11,190 円		
B 型肝炎	5,650 円		
ロタウイルス（ロタリックス）	13,500 円		
ロタウイルス（ロタテック）	8,010 円		
ポリオ	9,260 円		
5 種混合（DPT-IPV-Hib）	20,120 円		
4 種混合（DPT-IPV）	10,470 円		
3 種混合（DPT）	5,810 円		
BCG	13,230 円		
水痘ワクチン	8,930 円		
MR 混合ワクチン（1 期）	10,160 円		
MR 混合ワクチン（2 期）	9,330 円		
日本脳炎（1 期初回、追加）	7,300 円		
日本脳炎（2 期）	7,400 円		
2 種混合（DT）	6,520 円		
子宮頸がん（ｼｬｶﾞｰﾄﾞ 9）	29,440 円		
RSウイルス(母子免疫ワクチン)	30,230 円		
麻しん単抗原 1 期	7,730 円		
麻しん単抗原 2 期	6,910 円		
風しん単抗原 1 期	7,760 円		
風しん単抗原 2 期	6,930 円		
予診のみ（乳幼児）	4,210 円		
予診のみ（その他）	3,390 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
-----	--	---