

令和7年度高齢者肺炎球菌予防接種委託料請求書

令和 年 月 日

長 殿

医療機関住所
医療機関名
代表者名

印

振込先	金融機関名	銀行 信用組合 信用金庫 農協		支店 本店
	預金種別	普通	当座	口座番号
	(フリガナ)			
	口座名(漢字)			

次のとおり予防接種委託料を請求します。

(令和 年 月分)

予防接種の種類及び単価		予診票の枚数	請求金額
高齢者肺炎球菌（一般）	4,356円	枚	円
高齢者肺炎球菌 (生活保護世帯に属する者・ 中国残留邦人等支援給付受給者)	8,356円		
不可予診	3,201円		
請求金額（合計）		枚	円

※上記の請求金額には消費税等を含む。

※請求は、月締めで翌月10日までに行う。