

請求書記入例及び記入上の注意

令和8年度予防接種委託料請求書(定期)

年 月 日

いわき市長 様

次のとおり、予防接種委託料(10ヶ月分)を請求いたします。

債権者住所 〒千XXX-XXXX いわき市○○○○○○○○○○○○○○○○	医療機関コード 04XXXXX
医療機関名 医療法人○○会 ○○クリニック	債権者番号 2000XXXXX
代表者職氏名 理事長 梅本 太郎	電話 0246-XX-XXXX
本件責任者 理事長 梅本 太郎	電話 0246-XX-XXXX
本件担当者 経理担当 磐城 花子	

金額 ￥63,200

品名	対象者	単価	数量	金額
DPT-IPV-Hib(五種混合)	1期 乳幼児等	21,090	1	21,090
DPT(三種混合)	1期 乳幼児等	10,310		
DT(二種混合)	1期 乳幼児等	7,060		
	2期 11~13歳未満	6,240		
不活化ポリオ	乳幼児等	10,210		
麻しん・風しん混合(MR)	1期 1歳児	11,660		
	特例措置 令和4年4月2日~令和5年4月1日生	11,660		
	2期 令和2年4月2日~令和3年4月1日生	11,050		
	特例措置 平成30年4月2日~平成31年4月1日生	11,050	1	11,050
	5期特例 特例措置対象者	10,230		
麻しん	1期 1歳児	8,080		
	2期 年長児	7,480		
風しん	1期 1歳児	8,080		
	2期 年長児	7,480		
	5期特例 特例措置対象者	6,650		
日本脳炎	1期 乳幼児等	7,900		
	特例措置 平成18年度生まれかつ20歳未満	7,070		
	2期 9~13歳未満	7,070		
特例措置 平成18年度生まれかつ20歳未満	7,070			
水痘	乳幼児等	9,920		
ロタウイルス	1価(ロタリックス)	15,530	2	31,060
	5価(ロタテック)	10,340		
RSウイルス感染症	妊娠28週から37週に至るまでの妊婦	29,830		
高齢者用肺炎球菌	一般高齢者	8,080		
	生活保護世帯員高齢者	11,580		
带状疱疹	生ワクチン	一般高齢者	5,890	
		生活保護世帯員高齢者	8,490	
	不活化ワクチン	一般高齢者	15,090	
		生活保護世帯員高齢者	21,690	
高齢者インフルエンザ	一般高齢者	3,770		
	生活保護世帯員高齢者	5,170		
新型コロナウイルス感染症	一般高齢者	11,040		
	生活保護世帯員高齢者	15,640		
予診料	1回目	3,200		
	2回目以降	830		
合計			4	63,200

【請求年月日】 請求年月日は空欄でご提出ください。

【接種月】 接種を実施した月を記入してください。

【債権者番号】

いわき市に複数の口座を登録しており、A口座以外の口座への振込を希望する場合は、債権者番号の後ろに口座枝番(B口座、C口座等)を必ず記入してください。
例) 2000000000-B

なお、債権者以外の名義人の口座へ振込む場合は、「委任状」が必要です。

※いわき市へ債権者登録をしていない場合は、右の申請フォームから債権者登録申請を行ってください。



【債権者住所、医療機関名、代表者職氏名】

いわき市に債権者登録した際の内容をそのまま記入ください。
(債権者住所の「字」や医療法人名の記入漏れが散見されています。)

【本件責任者及び担当者職氏名、電話番号】

本件責任者及び担当者の職氏名、連絡先(電話番号)を明記することで、押印省略が可能です。
(本件責任者及び担当者は同一でも可。この場合は、責任者のみの記入で可。)
※ 本件責任者とは、理事長や院長等、院内において権限の委任を受けた役職員とします。
※ 本件担当者とは、本請求に関する事務を担当する者とします。

なお、従来どおり押印により提出することも可能です。
この場合、本件責任者及び担当者についての記入は不要ですが、連絡先(電話番号)を記入してください。

※ 押印を省略した請求書は、訂正印による修正はできませんので、再度の作成が必要です。
※ 押印による請求書であっても、金額の修正はできません。金額以外を修正する場合は、修正箇所にも二重線を引き、代表者職氏名欄に押印した印と同じ印を押印のうえ修正してください。

【予診料】

予診料の請求は、体調不良等で接種ができず、かつ治療等のための投薬などの保険診療をしなかった時のみ可能です。
1回目は初診料、2回目以降は再診料(同一予防接種のみ)になります。

【合計数量】 合計数量の記入漏れが散見されますので忘れずに記入してください。

予防接種実施月の翌月10日まで(休日または祝日の場合はその前日まで)に請求してください。
※ 郵送の場合は、必着とします。

【請求先】

〒973-8408 いわき市内郷高坂町四方木田191番地 いわき市総合保健福祉センター2階
いわき市保健所感染症対策課 予防接種係