

大洗町長 殿

所在地
医療機関名
代表者名

年 月分 の予防接種料金を下記のとおり請求します。

請求金額 円

種別	区分	単価(税込)	人数	金額(円)
5種混合(DPT-IPV-Hib)	—	20,370円		
4種混合(DPT-IPV)	—	11,470円		
3種混合(DPT)	—	5,870円		
2種混合(DT)	2期	4,840円		
麻しん・風しん(MR)	1,2期	10,890円		
麻しん	1,2期	7,320円		
風しん	1,2期	7,330円		
日本脳炎	1期	7,810円		
	2期	6,990円		
結核(BCG)	—	11,140円		
急性灰白髄炎(不活化ポリオ)	—	10,230円		
子宮頸がん	サーバリックス ガーダシル	16,610円		
	シルガード9	27,710円		
ヒブ	—	9,130円		
小児用肺炎球菌	13価	12,200円		
	15価	12,160円		
水痘	—	9,190円		
B型肝炎	—	6,700円		
ロタウイルス	ロタリックス	14,910円		
	ロタテック	9,880円		
(任意)おたふくかぜ (1歳~4歳未満)	—	3,200円		
(任意)小児インフルエンザ (1歳~高校3年生相当) ※2	—	2,000円		
(定期)高齢者インフルエンザ ※2	個人負担徴収者	3,000円		
(定期)高齢者インフルエンザ ※2	個人負担免除者 (生活保護受給者)	※医療機関で定めた額 円		
(定期)高齢者肺炎球菌	個人負担徴収者	3,000円		
(定期)高齢者肺炎球菌	個人負担免除者 (生活保護受給者)	※医療機関で定めた額 円		
(定期)高齢者コロナウイルス	個人負担徴収者	11,300円		
(定期)高齢者コロナウイルス	個人負担免除者 (生活保護受給者)	※医療機関で定めた額 円		
合計請求金額 (内消費税=合計請求金額×10/100)			(内消費税)	

※1:「予診票の原本」、「(高齢者インフルエンザ、高齢者肺炎球菌及び高齢者コロナで生活保護受給者のみ)個人負担免除券」を添付。

※2:小児及び高齢者インフルエンザの接種実施期間は、毎年10月1日~翌年1月31日とする。