

令和8年度 定期予防接種 請求書 (月分)

飯塚市長
健幸保健課 地域保健係

住所
医療機関名
代表者氏名
電話番号

印

予防接種が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

記

ワクチン名	1件あたりの料金(円)	件数	請求額(円)	備考
五種混合(ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ・ヒブ)	20,592			
三種混合(ジフテリア・破傷風・百日咳)	9,867			
不活化ポリオ	10,362			
二種混合(ジフテリア・破傷風)2期満11歳～13歳未満	6,402			
麻しん風しん混合(MR)	1期	11,022		
	2期	11,022		
麻しん単独(1期・2期)	7,447			
風しん単独(1期・2期)	7,458			
BCG	11,517			
日本脳炎(6歳未満)	7,942			
日本脳炎(6歳以上)	7,117			
ヒトパピローマウイルス感染症(子宮頸がん)【9価】	27,430			
RSウイルス(母子免疫ワクチン)	29,832			
ヒブ	9,374			
小児用肺炎球菌	12,452			
水痘(生後12月～36月未満)	9,317			
B型肝炎【0.25ml】	6,747			
B型肝炎【0.5ml】	6,957			
ロタ(1価)	15,037			
ロタ(5価)	10,010			
不可問診(見合わせ)【6歳未満】	4,092			
不可問診(見合わせ)【6歳以上】	3,267			
合 計		件	¥	円

※提出先 〒820-8605 飯塚市忠隈523番地(穂波庁舎) 健幸保健課 地域保健係
☎ 0948-96-8615

振込先

金融機関		口座名義人	
銀行	本店	フリガナ) 名義)	
信用金庫	支店		
信用組合	支所		
農業協同組合	出張所		
預金種目	普通当座		

令和8年度 定期予防接種 請求書 (月分)



飯塚市長
健幸保健課 地域保健係

住所 飯塚市〇〇〇
医療機関名 医療法人〇〇〇 〇〇医院
代表者氏名 理事長 〇〇 〇〇
電話番号 0948-〇〇-〇〇〇〇



印鑑は、代表者印(理事長印、院長印等)
または代表者個人印(認印)
※顔料系以外のシャチハタタイプ印は不可

予防接種が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

記

ワクチン名	1件あたりの料金(円)	件数	請求額(円)	備考
五種混合(ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ・ヒブ)	20,592			
三種混合(ジフテリア・破傷風・百日咳)	8,267			
不活化ポリオ	62			
二種混合(ジフテリア・破傷風)	8,267			
麻しん風しん混合(MR)	11,022			
麻しん単独(1期・2期)	7,447			
風しん単独(1期・2期)	7,458			
BCG	11,517			
日本脳炎(6歳未満)	7,942			
日本脳炎(6歳以上)	7,117			
ヒトパピローマウイルス感染症(子宮頸がん)【9価】	27,430			
RSウイルス(母子免疫ワクチン)	29,832			
ヒブ	9,374			
小児用肺炎球菌	12,452			
水痘(生後12月~36月未満)				
B型肝炎【0.25ml】				
B型肝炎【0.5ml】				
ロタ(1価)				
ロタ(5価)				

・「単価×件数=請求額」
・訂正印で修正可(訂正印は代表者印と同一)

・修正不可(×訂正印)
間違えた場合は書き直しをお願いします。
・手書きの場合は金額の頭に「¥」が必要です。
(事前に印字している場合は不要)

振込先を記入
・請求者と振込先名義人が違う場合は委任状が必要
・修正液は使用不可、訂正印は可(訂正印は代表者印と同一)

件 ¥ 円

地域保健係
0948-96-8615

振込先

金融機関		口座名義人	
〇〇 (銀行) 信用金庫 信用組合 農業協同組合	〇〇 本店 (支店) 支所 出張所	フリガナ)	イ)〇〇イイン
預金種目 (普通) 当座	口座番号 〇〇〇〇〇〇〇	名義)	医療法人〇〇医院