(神戸市医師会契約医療機関用)

2023年(令和5年)度 乳幼児等予防接種報告書兼委託料請求書

金	Р	一(税	込)

予防接種法に基づく予防接種を実施しましたので、上記の金額を請求します。

(但し 月分)

予防接種内訳 (税 抜)

種 別		接 種		接種不可			(7)1 1/2/	
		人数⑴	単価(円)※4	金額(円)	人数(人)	単価(円)※4	金額(円)	合計額(円)
ヒブ	生後2月~60月に至るまで		6,906			1,196		
小児用 肺炎球菌	生後2月~60月に至るまで		9,741			1,196		
B型肝炎※1	1歳未満 「ビームゲン注」※2		5,133			1,196		
	1歳未満「ヘプタバックス-Ⅱ」※3		5,163			1,196		
ロタウイルス※1	出生6週0日後〜24週0日後まで 「ロタリックス」		13,370			1,196		
	出生6週0日後〜32週0日後まで 「ロタテック」		7,864			1,196		
四種混合	生後2月~90月に至るまで		8,796			1,196		
ポリオ	生後2月~90月に至るまで		8,565			1,196		
BCG	生後12月に至るまで		10,170			1,196		
麻しん 風しん (MR)	1期 生後12月〜24月に至るまで		10,220			1,196		
	2期 小学校就学前1年間		8,920			1,196		
水痘	1歳以上3歳未満		7,513			1,196		
日本脳炎	9歳未満		5,820			1,196		
	9歳以上20歳未満		6,050			1,196		
二種混合	1期 生後3月~90月に至るまで		4,838			1,196		
	2期 11歳~13歳未満		4,418			1,196		
HPV※1 (子宮頸がん予防)	小6~高1の女子 及び キャッチアップ対象者 「サーバリックス」「ガーダシル」		14,055			1,196		
	小6~高1の女子 及び キャッチアップ対象者 「シルガード9」		23,455			1,196		
麻しん (単抗原)	1期 生後12月〜24月に至るまで		7,750			1,196		
	2期 小学校就学前1年間		6,450			1,196		
風しん (単抗原)	1期 生後12月〜24月に至るまで		7,880			1,196		
	2期 小学校就学前1年間		6,580			1,196		

※1使用するワクチン製剤により単価が異なります

※2「ビームゲン注」は、0.25ml及び0.5mlのいずれを使用しても同額です。

※3「ヘプタバックスⅡ」は、シリンジ0.25ml及び0.5mlのいずれを使用しても同額です。

※4記載の単価はすべて税抜き価格です。

※5小計額(税抜)の、消費税(円未満切り捨て)を記入してください。

小計 (税抜) 円 消費税※5 (8%対象) 円 消費税※5 (10%対象) 円 合計 (税込) 円

年 月 日

明石市長様

所在地

医療機関名

代表者名

(神戸市医師会契約医療機関用)

2023年(令和5年)度 乳幼児等予防接種報告書兼委託料請求書

 該当月を記入します。 (12,030)円 (税 込) ② 該当月に接種した人数を、予防接種の種類ごとに記入しま (但し 10 月分) す。予診の結果、接種不可になった場合は、接種不可の人数欄 予防に記入します。 (税 抜) 記入人数に単価を乗じた額を金額欄に記入するとともに、合計 接種不可 額欄、請求額欄も記入します。 合計額(円) 人数(人) 単価(円)※4 金額(四) ヒブ 生後2月~60月に至るまで 6,906 1,196 小児用 9.741 1.196 10,937 生後2月~60月に至るまで 1 9,741 1 1,196 肺炎球菌 1,196 5.133 「ビームゲン注」※2 B型肝炎※1 1歳未満 「ヘプタバックス-Ⅱ」**※**3 5,163 1,196 出生6週0日後~24週0日後まで 13,370 1,196 「ロタリックス」 ロタウイルス※1 出生6週0日後~32週0日後まで 「ロタテック」 7,864 1,196 四種混合 生後2月~90月に至るまで 8,796 1,196 ポリオ 生後2月~90月に至るまで 8,565 1,196 生後12月に至るまで BCG 10,170 1,196 10,220 1,196 麻しん 生後12月~24月に至るまで 風1.4. (MR) 8,920 1,196 小学校就学前1年間 水痘 1歳以上3歳未満 7,513 1,196 9歳未満 5,820 1,196 日本脳炎 9歳以上20歳未満 6,050 1.196 4,838 1,196 生後3月~90月に至るまで 二種混合 2期 4,418 1,196 11歳~13歳未満 小6~高1の女子 及び キャッチアップ対象者 「サーバリックス」「ガーダシル」 14,055 1,196 HPV*1 (子宮頸がん予防) 小6~高1の女子 及び 23,455 1,196 「シルガード9」 1期 生後12月~24月に至るまで 7,750 1,196 麻しん (単抗原) 2期 小学校就学前1年間 6,450 1,196 7,880 1,196 生後12月~24月に至るまで 風しん (単抗原) 2期 小学校就学前1年間 1,196 6,580 ※1使用するワクチン製剤により単価が異なります 小 計 10.937 ※2「ビームゲン注」は、0.25ml及び0.5mlのいずれを使用しても同額です。 (税 抜) ※3「ヘプタバックスⅡ」は、シリンジ0.25ml及び0.5mlのいずれを使用しても同額です。 消費税※5 (8%対象) ※4記載の単価はすべて税抜き価格です。 ※5小計額(税抜)の、消費税(円未満 消費税※5 1.093 ③ 小計額(税抜)の、消費税(円未満切り (10%対象) 合 計 |捨て)を記入します。 12,030 (税込) 年 明石市長様 神戸市〇〇区〇〇町1丁目1番1号 所在地

医安機関名 明石市に債権者登録している

医療機関の住所、 名称、**肩書**、代表者を記入します。押印は不要で す。

者名

医療法人社団○○会 ○○病院

理事長 〇〇 太郎

接種医療機関 ➡ 明石市こども健康センター