

①グレーの部分のみ
記入してください



押印

請求年月を記入してください

インフルエンザ予防接種委託料請求書（令和 6 年 4 月分）

請求年月日を記入してください

令和 6 年 5 月 1 日

（あて先）

所在地・医療機関名・役職名・
氏名等を記入してください

本件責任者 横須賀 太郎
電話番号 046-000-0000
本件担当者 横須賀 学
電話番号 046-000-0000

所在地 横須賀市西逸見町1-38-11
(方書) ウェルシティ市民プラザ3階

法人名 医療法人●●会
医療機関名 ■■クリニック
法人役職名 理事長
氏名 横須賀 太郎



種 別	人 数	単 価	金 額	決	
				人 数	金 額
一部負担金免除者 (自己負担なし)	5 人	5,390	26,950 円	人	円
一部負担金対象者 (自己負担あり)	5 人	3,390	16,950 円	人	円
問診のみの者	5 人	3,168	15,840 円	人	円
合 計	15 人		59,740 円	人	円

押印

(注意) 1

実施人数と金額を
記入してください

②記入が終わったら
2ヶ所押印してください

2
3

4

5

横須賀市医師会に加入されていない個別契約医療機関については、契約書に押印した印を使用してください。

医療機関控えが必要な場合は、医療機関にて提出版請求書をコピーしてください。

※以下、市処理欄

完了月日

検査月日

接種を受けた者の内、
60歳から64歳の者の数

人