

高齢者（65歳以上の方など）の
インフルエンザ予防接種委託料請求書（令和 年 月分）

令和 年 月 日

（あて先）

横須賀市長

	医療機関	所在地 (方書)	
本件責任者		法人名	
電話番号		医療機関名	
本件担当者		法人役職名	印
電話番号		氏名	

種別	人数	単価	金額	決定	
				人数	金額
一部負担金免除者 (自己負担なし)	人	5,390	円	人	円
一部負担金対象者 (自己負担あり)	人	3,390	円	人	円
問診のみの者	人	3,168	円	人	円
合計	人		円	人	円

- (注意) 1 の欄は記入しないでください。
- 2 被接種者から受け取った予診票（及び被保護証明書等）を添付してください。
- 3 請求書に使用する印鑑は、代表者印（理事長印・管理者印・院長印）を使用してください。病院印は使わないでください。また、朱肉を使う印鑑を使用してください。
- 4 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。
- 5 医療機関控えが必要な場合は、医療機関にて本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
----------------------------	---