

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	5,456	円	人	円
一部負担金対象者 (自己負担あり)		人	3,456	円	人	円
問診のみの者		人	3,201	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

接種を受けた者の内、 60歳から64歳の者の数	人
----------------------------	---