

高齢者予防接種料金請求書

金 額 円

種 別	接種料金 (1人/回)	人 数	金 額
高齢者肺炎球菌 65歳	4,000円	人	円
高齢者肺炎球菌 60歳以上65歳未満特例者	4,000円	人	円
高齢者肺炎球菌 生活保護受給者	円	人	円

<添付書類> 予防接種予診票、予防接種自己負担免除対象者確認書

年 月 接種分 予防接種代金（消費税込み）として、上記のとおり請求します。

年 月 日

市川三郷町長 殿

医療機関番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

医療機関所在地

医療機関名

氏 名

印

電 話 番 号

金融機関名	・ 店
預金種別	当 座 ・ 普 通
口座番号	
フリガナ 口座名義人	

検収	上記について検収したところ相違ないことを確認しました。 年 月 日 職氏名 印
----	--