

令和8年度 高齢者インフルエンザ予防接種費用請求書

(予防接種法に基づくB類疾病定期接種者用)

一金 円也

但し、これは令和 年 月分高齢者インフルエンザ予防接種費用として

(内訳)

接種区分・接種内容		単 価 (円)	件 数	請求金額 (円)
65歳以上の者 ※60歳から65歳未満の者であって心臓や腎臓等に重い病気を有する者	1回目 (生活保護世帯の者)	4,950		
	1回目 (個人負担金徴収者)	3,460		
	予診のみ	1,397		
合 計				

上記のとおり請求いたします。

令和 年 月 日

萩 市 長 あて

住 所
医療機関名
代表者氏名

※振込先を記入して下さい。

銀行名	支店名	種 目	口座番号	口座名義人 (フリガナを必ず記入して下さい。)
		当座 普通	No.	フリガナ

【予防接種者内訳(月分)】

生活保護世帯の者	(65歳以上の者)	(名)
生活保護世帯の者	(60歳～65歳未満の者)	(名)
個人負担金徴収者	(65歳以上の者)	(名)
個人負担金徴収者	(60歳～65歳未満の者)	(名)

※ 受診者 計 名

※請求書は予診票等を添えて必ず、翌月10日までに萩市健康増進課へご提出ください。(R7.4改定)

記入例

萩市(R8)

令和8年度 高齢者インフルエンザ予防接種費用請求書
(予防接種法に基づくB類疾病定期接種者用)

一金 9,807 円也

但し、これは令和8年10月分高齢者インフルエンザ予防接種費用として

(内訳)

接種区分・接種内容		単 価 (円)	件 数	請求金額 (円)
65歳以上の者 ※60歳から65歳未満の者であって心臓や腎臓等に重い病気を有する者	1回目 (生活保護世帯の者)	4,950	1	4,950
	1回目 (個人負担金徴収者)	3,460	1	3,460
	予診のみ	1,397	1	1,397
合 計			3	9,807

上記のとおり請求いたします。

令和8年11月 1日

萩 市 長 あて

住 所 〇〇市〇〇町△番地
医療機関名 医療法人 〇〇病院 印
代表者氏名 理事長 ×× 太郎

※振込先を記入して下さい。

銀行名	支店名	種 目	口座番号	口座名義人 (フリガナを必ず記入して下さい。)
〇〇銀行	〇〇支店	当座	No. 1234567	フリガナ
		普通		イリョウホウジン 〇〇ビョウイン

【予防接種者内訳(10月分)】

生活保護世帯の者	(65歳以上の者)	(1 名)
生活保護世帯の者	(60歳～65歳未満の者)	(名)
個人負担金徴収者	(65歳以上の者)	(1 名)
個人負担金徴収者	(60歳～65歳未満の者)	(名)

※ 受診者 計 2 名

※請求書は予診票等を添えて必ず、翌月10日までに萩市健康増進課へご提出ください。(R7.4改定)