

(2026年10月1日)

感圧紙を使用しておりますので、
下敷等を使用してお使いください。

令和8年度高齢者予防接種委託費請求書

(インフルエンザ・新型コロナウイルス・肺炎球菌・带状疱疹)

～ 記入例及び記入にあたっての注意事項 ～

記入漏れに注意！

記入漏れに注意！

字句は明瞭に！

ゴム印を使用する場合は
欠け・かすれ・つぶれ・
にじみがないようにして
ください。

合計請求金額以外は
訂正できます！

＝線で消し、正しい字句
を記入のうえ、訂正印（請
求印と同じ印）を押してく
ださい。

(札幌市提出用) 2枚複写になっています

令和8年度高齢者予防接種委託費請求書

(あて先) 札幌市長
下記のとおり請求します。

記

令和8年10月接種分

種類	区分	単価	件数	金額
インフル エンザ	自己負担額 あり	2,510円	65歳以上 49 件 60～64歳で 障がいのある方 1 件	50 件 125,500 円
	自己負担額 なし	3,910円	65歳以上 28 件 60～64歳で 障がいのある方 2 件	30 件 117,300 円
新型 コロナ	自己負担額 あり	7,800円	65歳以上 12 件 60～64歳で 障がいのある方 2 件	14 件 109,200 円
	自己負担額 なし	15,600円	65歳以上 10 件 60～64歳で 障がいのある方 1 件	11 件 171,600 円
肺炎球菌	自己負担額 あり	4,290円	65歳 7 件 60～64歳で 障がいのある方 2 件	9 件 38,610 円
	自己負担額 なし	11,490円	65歳 9 件 60～64歳で 障がいのある方 1 件	10 件 114,900 円
带状疱疹 (生)	自己負担額 あり	3,960円	年途中に65歳以上 5歳未満 3 件	3 件 11,880 円
	自己負担額 なし	8,460円	年途中に65歳以上 5歳未満 1 件	1 件 8,460 円
带状疱疹 (組換え)	自己負担額 あり	10,890円	年途中に65歳以上 5歳未満 5 件 60～64歳で 障がいのある方 1 件	6 件 65,340 円
	自己負担額 なし	21,690円	年途中に65歳以上 5歳未満 2 件 60～64歳で 障がいのある方 0 件	2 件 43,380 円

金額の前に¥をつけてください。

請求年月日 081031 合計金額 ¥806170 円

余白には斜線／は引かないでください。

住所 札幌市北区北〇条西〇丁目〇〇
医療機関名 医療法人社団 △△クリニック ①
氏名 理事長 札幌 太郎
電話番号 011-123-4567

下記の口座に振り込んでください。

振込先金融機関 ② 北洋 銀行 本店 1 普通 口座番号 1234567
札幌 支店 2 当座

・鮮明に押してください。不鮮明な場合は、欄外の近くに押印してください。

・捺印に使用する印は、以下のとおりとしてください。

<法人の場合>
代表者印（理事長印）または代表者の個人印

※ 請求を委任している場合は、受任者が委任状に押印している印を使用してください。

※ 担当者の個人印は認められません。

<個人の場合>
開設者の個人印

添付する予診票と
同数であることを確認！

計算間違いに注意！

訂正印や捺印があっても請求金額だけは訂正できません！

なぞり書き不可！
2を3にするような
数字の書き足し不可！

※請求金額の記載に不備のある請求書ではお支払いできません。
書き損じた場合は、新しい用紙に書き直してください。

① 債権者の氏名欄について、法人の場合は法人の代表者名(※)、個人の場合は開設者の氏名を記載してください。

※ 令和8年度から法人の代表者名がない場合でも、有効な請求書として取り扱います。

② 振込先の口座名義と①の債権者は通常一致します。

口座の名義が①の債権者と異なる場合には、別途書類の提出が必要です。

③ 文字が消えるボールペンは使用できません。

添付書類について

- ・ 請求するすべての接種対象者の予診票を提出してください。
- ・ 60歳以上65歳未満の対象の方については、予診票に、身体障害者手帳の写し（等級・障害名がわかるもの）または医師の診断書等を添付して提出してください。
- ・ 原発避難者特例法の対象の方は、予診票に「届出避難場所証明書」の写しを添付して提出してください。
- ・ 自己負担額免除対象者であることを証明する書類は提出不要です。

ただし、請求に疑義がある等の場合には提出を求めることがありますので、必要に応じて医療機関で保管してください。

(札幌市提出用)

2枚複写になっています

令和8年度高齢者予防接種委託費請求書

(あて先) 札幌市長

下記のとおり請求します。

記

捨印

※シャチハタは使用不可。
※枠内に鮮明に押印してください。

令和 年 月 接種分

種類	区分	単価	件数		金額
インフル エンザ	自己負担額 あり	2,510円	65歳以上	件	
			60～64歳で 障がいのある方	件	
	自己負担額 なし	3,910円	65歳以上	件	
			60～64歳で 障がいのある方	件	
新型 コロナ	自己負担額 あり	7,800円	65歳以上	件	
			60～64歳で 障がいのある方	件	
	自己負担額 なし	15,600円	65歳以上	件	
			60～64歳で 障がいのある方	件	
肺炎球菌	自己負担額 あり	4,290円	65歳	件	
			60～64歳で 障がいのある方	件	
	自己負担額 なし	11,490円	65歳	件	
			60～64歳で 障がいのある方	件	
带状疱疹 (生)	自己負担額 あり	3,960円	年度中に65歳以上 5歳刻み	件	円
	自己負担額 なし	8,460円	年度中に65歳以上 5歳刻み	件	円
带状疱疹 (組換え)	自己負担額 あり	10,890円	年度中に65歳以上 5歳刻み	件	
			60～64歳で 障がいのある方	件	
	自己負担額 なし	21,690円	年度中に65歳以上 5歳刻み	件	
			60～64歳で 障がいのある方	件	

年 月 日

請求年月日

合計※

請求金額※

百万 千

円

※ 必ず金額の前に¥を記入してください。
※ 訂正印や捨印があっても合計請求金額の訂正はできません。

住所

医療機関名

氏名

電話番号

下記の口座に振り込んでください。

振込先金融機関

銀行

信金

信組

本店

支店

出張所

預金種目

1 普通

2 当座

口座番号

(医療機関控)

令和8年度高齢者予防接種委託費請求書

(あて先) 札幌市長

下記のとおり請求します。

記

令和 年 月 接種分

種類	区分	単価	件数		金額
インフル エンザ	自己負担額 あり	2,510円	65歳以上	件	
			60～64歳で 障がいのある方	件	
	自己負担額 なし	3,910円	65歳以上	件	
			60～64歳で 障がいのある方	件	
新型 コロナ	自己負担額 あり	7,800円	65歳以上	件	
			60～64歳で 障がいのある方	件	
	自己負担額 なし	15,600円	65歳以上	件	
			60～64歳で 障がいのある方	件	
肺炎球菌	自己負担額 あり	4,290円	65歳	件	
			60～64歳で 障がいのある方	件	
	自己負担額 なし	11,490円	65歳	件	
			60～64歳で 障がいのある方	件	
带状疱疹 (生)	自己負担額 あり	3,960円	年度中に65歳以上 5歳刻み	件	
	自己負担額 なし	8,460円	年度中に65歳以上 5歳刻み	件	
带状疱疹 (組換え)	自己負担額 あり	10,890円	年度中に65歳以上 5歳刻み	件	
			60～64歳で 障がいのある方	件	
	自己負担額 なし	21,690円	年度中に65歳以上 5歳刻み	件	
			60～64歳で 障がいのある方	件	

請求年月日 年 月 日

合計※
請求金額※

百万 千

※ 必ず金額の前に¥を記入してください。
※ 訂正印や捺印があっても合計請求金額の訂正はできません。

住所

医療機関名

氏名

電話番号

下記の口座に振り込んでください。

振込先金融機関

銀行

信金

信組

本店

支店

出張所

預金種目

1 普通

2 当座

口座番号