

(2025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7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 ～

(札幌市提出用) 2枚複写になっています

令和7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 7 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	65歳以上 2,510円	49 件	50 件 125,500 円
		60～64歳で 障がいのある方 1 件		
	自己負担額 なし	65歳以上 3,910円	28 件	30 件 117,300 円
		60～64歳で 障がいのある方 2 件		
新型 コロナ	自己負担額 あり	65歳以上 7,800円	12 件	14 件 109,200 円
		60～64歳で 障がいのある方 2 件		
	自己負担額 なし	65歳以上 15,600円	10 件	11 件 171,600 円
		60～64歳で 障がいのある方 1 件		
肺炎球菌	自己負担額 あり	65歳 3,940円	7 件	9 件 35,460 円
		60～64歳で 障がいのある方 2 件		
	自己負担額 なし	65歳 8,340円	9 件	10 件 83,400 円
		60～64歳で 障がいのある方 1 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歳未満 3 件	3 件 11,880 円	
	自己負担額 なし 8,460円	年度中に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	年度中に65歳以上 5歳未満 10,890円	5 件	6 件 65,340 円
		60～64歳で 障がいのある方 1 件		
	自己負担額 なし	年度中に65歳以上 5歳未満 21,690円	2 件	2 件 43,380 円
		60～64歳で 障がいのある方 0 件		

金額の前に¥をつけてください。

請求金額 ¥ 771,520 円

請求年月日 071031

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

氏名 理事長 札幌 太郎

電話番号 011-123-4567

請求印 *

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 1 2 3 4 5 6 7

① 債権者は、代表者（法人にあっては理事長）の氏名を記入してください。
代表者以外の方が請求する場合は、別途書類の提出が必要です。

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。
文字が消えるボールペンは使用できません。

③ 文字が消えるボールペンは使用できません。

鮮明に押してください。
(請求印と同じ印)
捺印がない場合は、「合計
請求金額」欄以外の箇所
の訂正に、訂正印が必要
です。

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2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。

シャチハタやゴム印は
使用できません。
欠け・かすれ・つぶれ・
にじみ等で請求印が不鮮明
な場合は余白に再度押印し
てください。

※請求印が不鮮明な請求書
ではお支払いできません。

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。

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。

令和7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

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	3,940円	65歳	件	
			60～64歳で 障がいのある方	件	
	自己負担額 なし	8,340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	

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

請求印※

※ シャチハタは使用できません。請求印が鮮明ではない場合、余白に再度押印してください。
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7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

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	3,940円	65歳	件	
			60～64歳で 障がいのある方	件	
	自己負担額 なし	8,340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

合 計 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	請 求 印 ※
--------------------------------	---------

※ シャチハタは使用できません。請求印が鮮明ではない場合、余白に再度押印してください。
下記の口座に振り込んでください。

振込先金融機関	預金種目	口座番号
銀 行	本 店	1 普通
信 金	支 店	2 当座
信 組	出張所	