

(2026年4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 (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8年度高齢者予防接種委託費請求書 (肺炎球菌・带状疱疹)

※ 表紙の「記入にあたっての注意事項」を確認のうえ、記入をお願いいたします。  
(あて先) 札幌市長  
下記のとおり請求します。

記

令和 8 年 4 月接種分

肺炎球菌		単価	件数		金額
自己負担額あり	4,290円	65歳の方	7件	合計 9件	38,610円
		60～64歳で障がいのある方	2件		
自己負担額なし	11,490円	65歳の方	9件	合計 10件	114,900円
		60～64歳で障がいのある方	1件		

带状疱疹 (生ワクチン)		単価	件数		金額
自己負担額あり	3,960円	年度中に65歳から5歳前みの年齢を遡る方	8件	合計 8件	31,680円
自己負担額なし	8,460円	年度中に65歳から5歳前みの年齢を遡る方	4件		

带状疱疹 (組換えワクチン)		単価	件数		金額
自己負担額あり	10,890円	年度中に65歳から5歳前みの年齢を遡る方	20件	合計 20件	217,800円
		60～64歳で障がいのある方	0件		
自己負担額なし	21,690円	年度中に65歳から5歳前みの年齢を遡る方	14件	合計 15件	325,350円
		60～64歳で障がいのある方	1件		

請求年月日: 08年04月30日 合計金額: ￥762,180円

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

振込先金融機関: 北洋銀行 札幌支店 普通口座  
振込先口座番号: 1234567

記入漏れに注意!

余白には斜線／は引かないでください

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。

鮮明に押してください。  
(請求印と同じ印)  
捨印がない場合は、「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!

必ず金額の前に  
¥をつけてください

訂正印や捨印があっても請求  
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。

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。

- 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。
- 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。

## 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。
- 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8年度高齢者予防接種委託費請求書 (肺炎球菌・带状疱疹)

※ 表紙の「記入にあたっての注意事項」を確認のうえ、記入をお願いいたします。

(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

肺炎球菌				
区分	単価	件数		金額
自己負担額あり	4,290円	65歳の方	件	合計 件
		60～64歳で障がいのある方	件	
自己負担額なし	11,490円	65歳の方	件	合計 件
		60～64歳で障がいのある方	件	

带状疱疹（生ワクチン）				
区分	単価	件数		金額
自己負担額あり	3,960円	年度中に65歳から5歳刻みの年齢を迎える方	件	合計 件
自己負担額なし	8,460円	年度中に65歳から5歳刻みの年齢を迎える方	件	合計 件

带状疱疹（組換えワクチン）				
区分	単価	件数		金額
自己負担額あり	10,890円	年度中に65歳から5歳刻みの年齢を迎える方	件	合計 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歳から5歳刻みの年齢を迎える方	件	合計 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

円

※ 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	請求印※
医療機関名	
氏名	
電話番号	

※ 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	

(医療機関控)

# 令和8年度高齢者予防接種委託費請求書 (肺炎球菌・带状疱疹)

※ 表紙の「記入にあたっての注意事項」を確認のうえ、記入をお願いいたします。

(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

肺炎球菌				
区分	単価	件数		金額
自己負担額あり	4,290円	65歳の方	件	合計 件
		60～64歳で障がいのある方	件	
自己負担額なし	11,490円	65歳の方	件	合計 件
		60～64歳で障がいのある方	件	

带状疱疹 (生ワクチン)				
区分	単価	件数		金額
自己負担額あり	3,960円	年度中に65歳から5歳刻みの年齢を迎える方	件	合計 件
自己負担額なし	8,460円	年度中に65歳から5歳刻みの年齢を迎える方	件	合計 件

带状疱疹 (組換えワクチン)				
区分	単価	件数		金額
自己負担額あり	10,890円	年度中に65歳から5歳刻みの年齢を迎える方	件	合計 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歳から5歳刻みの年齢を迎える方	件	合計 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 円

※ 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	