

(2024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6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)

～ 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6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)

※ 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 6 年 10 月 接種分

インフルエンザ [実施期間：10/1～1/31] ※実施期間外に接種した場合は請求できません		金額	
区分	単価	件数	合計
自己負担額あり	2,440円	65歳以上 49件	50件
		60～64歳で障がいのある方 1件	
合計			122,000円
自己負担額なし	3,840円	65歳以上 28件	30件
		60～64歳で障がいのある方 2件	
合計			115,200円

新型コロナウイルス [実施期間：10/1～1/31] ※実施期間外に接種した場合は請求できません		金額	
区分	単価	件数	合計
自己負担額あり	12,100円	65歳以上 12件	14件
		60～64歳で障がいのある方 2件	
合計			169,400円
自己負担額なし	15,300円	65歳以上 10件	11件
		60～64歳で障がいのある方 1件	
合計			168,300円

肺炎球菌		金額	
区分	単価	件数	合計
自己負担額あり	3,870円	65歳の方 7件	9件
		60～64歳で障がいのある方 2件	
合計			34,830円
自己負担額なし	8,270円	65歳の方 9件	10件
		60～64歳で障がいのある方 1件	
合計			82,700円

金額の前に¥をつけてください。

請求年月日: 061031 合計金額: ¥692430

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
 氏名: 理事長 札幌 太郎
 電話番号: 011-123-4567

請求印: 札幌

振込先金融機関: 北洋 銀行 本店 普通 口座番号: 1234567

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!

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—with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。

- 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。
- 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。

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。(被災者の住所が確認できる書類の写しは添付が必要です。)

令和6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)

※ 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

インフルエンザ [実施期間：10/1～1/31] ※実施期間外に接種した場合は請求できません				
区分	単価	件数		金額
自己負担額あり	2,440円	65歳以上	件	合計 件 円
		60～64歳で障がいのある方	件	
自己負担額なし	3,840円	65歳以上	件	合計 件 円
		60～64歳で障がいのある方	件	

新型コロナウイルス [実施期間：10/1～1/31] ※実施期間外に接種した場合は請求できません。				
区分	単価	件数		金額
自己負担額あり	12,100円	65歳以上	件	合計 件 円
		60～64歳で障がいのある方	件	
自己負担額なし	15,300円	65歳以上	件	合計 件 円
		60～64歳で障がいのある方	件	

肺炎球菌				
区分	単価	件数		金額
自己負担額あり	3,870円	65歳の方	件	合計 件 円
		60～64歳で障がいのある方	件	
自己負担額なし	8,270円	65歳の方	件	合計 件 円
		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	
信組	出張所 2 当座	

