

定期予防接種実績報告書兼請求書(福岡県広域分)

令和 年 月 日

医療機関住所
医療機関名
代表者名
電話番号

印

添付予診票の通り、予防接種が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

記

ワクチン 市町村	高齢者インフルエンザ			高齢者肺炎球菌			乾燥組換え带状疱疹 (シングリックス)			乾燥弱毒生水痘(ピケン)			新型コロナウイルス		
	一般	自己負担免除	不可	一般	自己負担免除	不可	一般	自己負担免除	不可	一般	自己負担免除	不可	一般	自己負担免除	不可

(注)・医療機関は実績報告書兼請求書(広域分)に予診票を添付して、実施月分を翌月10日までに各区医師会へ提出して下さい。
・実績報告書兼請求書(広域分)の様式は、コピーしてご使用下さい。

(医療機関→区医師会提出用)