（様式第2号）
R7.4月～

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

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			乾燥組換え帯状疱疹（シングリックス）			乾燥弱毒生水痘（ビケン）			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）