

三宅町長 殿

医療機関名
所在地 〒 -

院長名
(接種医師名
TEL 印)

予防接種法定期予防接種報告書及び接種料金請求書
(高齢者インフルエンザ予防接種)

年 月 分

請求金額	円
------	---

予防接種名	接 種	非 接 種
高齢者インフルエンザ (自己負担金あり)	3,990 円 × _____ 名	3,270 円 × _____ 名
高齢者インフルエンザ (自己負担金なし)	5,490 円 × _____ 名	3,270 円 × _____ 名

※診察後非接種者の請求は1回とさせていただきます。

振 込 先	銀 行 名	銀行 支店
	フリガナ	
	名 義 人	
	種 別	普通 ・ 当座 ・ (その他)
	口座番号	

※毎月、翌月の10日までに予診票を添えてご報告ください。
※振込先については、変更等がなければ2回目以降のご請求時は記入不要です。
※請求書送付に係る郵送料は、医療機関負担となります。ご了承ください。
※振込通知につきましては、ペーパーレスを推進しており、メールにて送付させていただきます。
kenkou@town.miyake.lg.jp へ送付先メールアドレスをご連絡ください。