

(様式第1号)

年 月 日

三宅町長 殿

医療機関名

所 在 地 〒

院 長 名

(接種医師名

T E L

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	5,490 円 × <u> </u> 名	3,270 円 × <u> </u> 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。