

《記入例》

野々市市長 あて

令和 7 年 11 月 1 日

請求者の住所、氏名（法人の場合は法人名及び代表者職・氏名）を記入し、印鑑の押印をお願いします  
(口座名義が医療法人の場合は医療法人の印鑑)

(医療機関名・請求者名)

野々市市三納3丁目128番地

医療機関名  
(法人名含む)  
医療法人社団  
野々市医院

医野医  
院々市

医師名  
(電話番号)  
石川 太郎  
076-248-3511 )

担当者氏名（フルネーム）・電話番号が記載されている場合、押印は不要です

担当者氏名  
(電話番号)  
石川 花子  
076-248-3511 )

(取引金融機関)

不要部分は消してください

口座番号

普通

当座

口座名義（カタカナで記入）

野々市

野々市

銀行  
信用金庫

本店

支店

0345678

1) ノイハイノ イカタウ

令和 7 年度 B 類疾

毎回必ず記入してください

\*取引金融機関に変更があった場合はその旨お知らせください

10 月実施のB類疾病予防接種について、予防接種券を添えて報告し、委託料を請求します。

実施月ごとに提出  
翌月10日必着

記

予防接種の種類	接種費用 (自己負担)	委託料金	件 数	金 額
インフルエンザ	あり	3,390 円	2 件	6,780 円
	なし(免除)			請求書ですので以下は再提出となります ・金額の訂正・修正テープの使用・フリクションでの記入 訂正の場合は線を引き、訂正印（請求印と同じ印）をお願いします
高齢者肺炎球菌	あり		1 件	7,520 円
	なし(免除)	7,520 円		
新型コロナ ウイルス感染症	あり	10,480 円	3 件	31,440 円
	なし(免除)			市ホームページからエクセル様式をダウンロードできます 色ぬり部分に入力して印刷したものを使用してください
帯状疱疹	生ワクチン	あり		
	なし(免除)	7,830 円	件	円
	あり	14,730 円	2 件	29,460 円
	なし(免除)	21,030 円	1 件	21,030 円
合計			15 件	165,560 円

直接記入の場合は合計欄も漏れのないようお願いします