

あて

医療機関名

住所

名称

氏名

印

医療機関コード

令和7年度 高齢者等インフルエンザ予防接種委託料請求書

(見合わせ分)

インフルエンザ予防接種見合わせ者について、予診票を添えて下記のとおり請求します。

請求金額 円

予防接種名	単価 消費税含(円)	件数	金額
高齢者等インフルエンザ 予防接種	3,201		

十分な予診を行った後、接種不相当者(保険請求未請求者に限る)と医師が判断した者に限ります。ただし、実施期間内に接種した者は請求の対象にはなりません。見合わせは、実施期間終了後、令和8年2月10日(火)までに請求してください。

※押印を省略した場合のみ記載(宇治市への請求時のみ使用可能)

発行責任者 (連絡先 Tel )

担当者 (連絡先 Tel )

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店・支店
口座番号	普通・当座	番
フリガナ		
口座名義人		