

宛

所在地
名 称
代表者



医療機関コード	
---------	--

令和8年度 高齢者等インフルエンザ予防接種委託料請求書

() 月分の接種を実施しましたので、予診票を添えて下記のとおり請求します。

記

請求金額 円 (A)+(B)

基本診療分				
項 目	費用徴収	単 価 (円)	件 数 (件)	金 額 (円)
高齢者等インフルエンザ ワクチン	有	3,780		
	無	5,280		
合計	***	*****	(x)	(A)

ベースアップ評価分			
項 目	単 価 (円)	件 数 (件)	金 額 (円)
ベースアップ評価料	187	(x)	(B)

基準日(令和8年9月1日)までに「ベースアップ評価料」の登録を完了している場合に記入してください。
(近畿厚生局が公開する「届け出受理医療機関名簿(10/1作成分)」により登録状況の確認を行います)

※押印を省略した場合のみ記載(宇治市、城陽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)

※以下については、年度初回の請求時のみ記載してください。

(2回目以降は、内容に変更がある場合のみ記入してください。)

金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協				本店 支店			
	普通 当座							
口座番号								
フリガナ								
口座名義人								

<請求に係る留意事項>

・この請求書は、宇治市・城陽市・久御山町用です。各市町に直接請求してください。