

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
(見合わせ分)

標記の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。

記

請求金額 円 (A)+(B)

基本診療分			
項目	単価 (円)	件 数 (枚)	金 額 (円)
予診(接種見合わせ)	3,223	(x)	(A)

・十分な予診を行った後、接種不相当者(医療保険未請求者に限る)であると医師が判断した場合に請求対象となります。ただし、実施期間内に不相当事由が解消し、接種した場合は対象外。
・見合わせは実施期間終了後、令和9年2月10日(水)までに請求してください。

ベースアップ評価分			
項目	単価 (円)	件 数 (枚)	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)

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。