

(国保連提出用)

ヒブ予防接種受託報酬請求書

区分
111

平成 年 月 日
医 療 機 関 番 号

各市町村長 様

医療機関所在地

下記の通り請求します。

平成 年 月分 名 称

請求金額 円 氏 名 印

番号	市町村名	初回接種		追加接種		接種不可		技術料(ワクチン現物支給)	
		単価	件数	単価	件数	単価	件数	単価	件数
1	京 都 市								
2	福 知 山 市	8,400		8,400		3,623			
3	舞 鶴 市	8,400		8,400		3,623			
4	綾 部 市	8,400		8,400		3,623			
5	宇 治 市	8,307		8,307		取扱なし(直接請求)			
6	宮 津 市	8,400		8,400		3,623			
7	亀 岡 市	8,400		8,400		3,623			
8	城 陽 市	8,307		8,307		取扱なし(直接請求)			
9	向 日 市	8,022		8,022		4,095			
10	長 岡 京 市	8,022		8,022		4,095			
11	八 幡 市	8,400		8,400		3,623			
12	京 田 辺 市	8,400		8,400		3,623			
13	京 丹 後 市	8,400		8,400		3,623			
14	南 丹 市	8,400		8,400		3,623			
15	木 津 川 市	8,138		8,138		3,623		3,413	
16	大 山 崎 町	8,022		8,022		4,095			
17	久 御 山 町	8,307		8,307		取扱なし(直接請求)			
18	井 手 町	8,400		8,400		3,623			
19	宇 治 田 原 町	8,400		8,400		3,623			
20	笠 置 町	8,400		8,400		3,623			
21	和 束 町	8,400		8,400		3,623			
22	精 華 町	8,400		8,400		3,623			
23	南 山 城 村	8,400		8,400		3,623			
24	伊 根 町	8,400		8,400		3,623			
25	京 丹 波 町	8,400		8,400		3,623			
26	与 謝 野 町	8,400		8,400		3,623			
98	合 計 件 数		件		件		件		件
99	合 計 金 額		円		円		円		円