

(国保連提出用)

# 高齢者インフルエンザ予防接種受託報酬請求書

(平成23年10月17日以降接種分)

平成 23 年 11 月 10 日

区分	
0	6

医療機関コード
0101234

各市町村長 村

ア + イ + ウ

医療機関所在地  
京都市北区〇〇町〇〇

下記の通り請求しま

平成 23 年 10 月分

名称

京都 医院

請求金額 33,235 円

氏名

京都 太郎



番号	市町村名	一般			無料			接種不可		
		支払単価	件	円	支払単価	件	円	支払単価	件	円
1	京都市									
2	福知山市	3,336	3	10,008	4,336			2,835	1	2,835
3	舞鶴市									
4	綾部市									
5	宇治市									
6	宮津市	3,232	5	16,160	4,232			2,835		
7	亀岡市	3,232			4,232			2,835		
8	城陽市									
9	向日市									
10	長岡京市									
11	八幡市	3,284								
12	京田辺市	3,284			4,284			2,835		
13	京丹後市									
14	南丹市									
15	木津川市									
16	大山崎町									
17	久御山町									
18	井手町									
19	宇治田原町									
20	笠置町									
21	和束町									
22	精華町									
23	南山城村	3,232			4,232	1	4,232	2,835		
24	伊根町									
25	京丹波町									
26	与謝野町	3,232	a	ア	4,232	b	イ	2,835	c	ウ
99	合計		8	26,168		1	4,232		1	2,835

受託報酬請求書は1医療機関1月1枚  
(月遅れ分含む)

### 高齢者インフルエンザ予防接種受託報酬請求書の提出について

1. 高齢者インフルエンザ予防接種予診票を市町村番号順にまとめ件数・金額を記入する。(公費による接種は実施期間内に1回限りです。)
2. 合計欄、請求金額欄に算出した金額を記入する。
3. 市町村番号順にした予診票の上に『高齢者インフルエンザ予防接種受託報酬請求書』を添付する。