

高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症  
定期予防接種相互乗り入れ委託料請求書

請求金額 金 円

令和 年 月分の予防接種相互乗り入れ委託料として、別紙予診票を添えて  
請求いたします。

内 訳

項 目	件数 (件)	単価 (円)	金 額 (円)
インフルエンザ (一般)			
インフルエンザ (生活保護等)			
新型コロナウイルス感染症 (一般)			
新型コロナウイルス感染症 (生活保護等)			
予診のみ			
合 計			

令和 年 月 日

市町村長

医療機関名

印

所 在 地

電 話 番 号

施 設 長 名

登 録 番 号

T														
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※登録番号を取得している医療機関等は記載

口座振替 (振込先)

銀行・組合	支店	口座番号	(普 ・ 当)
信用金庫	支所		
(金融機関コード )	(支店コード )		
(フリガナ)			
口座名義			

\* 埼玉県医師会 \*