

風しん追加的対策に係る請求時の留意事項

～御確認のうえ、御提出くださいますよう御協力お願いいたします～

* 請求総括書

風しん対策 請求総括書(実績報告書)	
施設等区分	_____
医療機関・健診機関番号	_____
医療機関・健診機関名称	_____
請求年月	_____

医療機関番号は10桁です。
4 6 1 0 0 0 0 0 0 0

提出する月を記入ください。
(例) 9月10日提出の場合
2019年9月

* 市区町村別請求書

市区町村長様	請求総括書(小計)						
市区町村番号	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
開設者氏名	_____ 印						
電話番号	_____						
風しん対策 市区町村別請求書							
医療機関・健診機関番号	_____						
医療機関・健診機関名称	_____						
請求年月	_____						

クーポン券に記載の請求先6桁
番号を転記ください。

医療機関番号は10桁です。
4 6 1 0 0 0 0 0 0 0

提出する月を記入してください。
(例) 9月10日提出の場合
2019年9月

* 風しんの抗体検査受診票(右下部)

* 風しんの第5期の定期接種予診票(右下部)

実施場所・医師名・検査年月日											
実施場所	医療機関等コード <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
医師名	_____										
検査年月日 (西暦)	年 _____ 月 _____ 日										

医療機関コードは10桁です。
4 6 1 0 0 0 0 0 0 0

検査年月日・接種年月日は、
西暦で記入ください。

* 用紙の破損・紛失防止の為、編綴最下部に台紙を添付くださいますよう御協力お願い致します。