

※ 年度ごとに単価が変更するため、この請求書は、接種日が該当年度内にのみ利用できます。

(神戸市医師会契約医療機関用)

2025年(令和7年)度 乳幼児等予防接種報告書兼委託料請求書

金 円 (税 込)

予防接種法に基づく予防接種を実施しましたので、上記の金額を請求します。(但し 月分)

予防接種内訳 (税 抜)

種 別		接 種			接種不可			合 計 額(円)
		人数(人)	単価(円)※5	金額(円)	人数(人)	単価(円)※5	金額(円)	
ヒブ	生後2月～60月に至るまで		7,640			1,216		
小児用肺炎球菌※2	生後2月～60月に至るまで		9,960			1,216		
B型肝炎※1	1歳未満 「ビームゲン注」※3		5,796			1,216		
	1歳未満 「ヘプタバックス-Ⅱ」※4		5,886			1,216		
ロタウイルス※1	出生6週0日後～24週0日後まで 「ロタリックス」		13,131			1,216		
	出生6週0日後～32週0日後まで 「ロタテック」		7,816			1,216		
五種混合	生後2月～90月に至るまで		17,800			1,216		
四種混合	生後2月～90月に至るまで		9,040			1,216		
三種混合	生後2月～90月に至るまで		4,770			1,216		
ポリオ	生後2月～90月に至るまで		8,839			1,216		
BCG	生後12月に至るまで		11,550			1,216		
麻しん 風しん (MR)	1期 生後12月～24月に至るまで		10,490			1,216		
	2期 小学校就学前1年間		9,190			1,216		
水痘	1歳以上3歳未満		8,500			1,216		
日本脳炎	9歳未満		6,103			1,216		
	9歳以上20歳未満		6,010			1,216		
二種混合	1期 生後3月～90月に至るまで		5,004			1,216		
	2期 11歳～13歳未満		4,478			1,216		
HPV※1 (子宮がん予防)	小6～高1の女子 及び キャッチアップ対象者 「サーバリックス」「ガーダシル」		14,430			1,216		
	小6～高1の女子 及び キャッチアップ対象者 「シルガード9」		23,310			1,216		
麻しん (単抗原)	1期 生後12月～24月に至るまで		7,850			1,216		
	2期 小学校就学前1年間		6,550			1,216		
風しん (単抗原)	1期 生後12月～24月に至るまで		7,850			1,216		
	2期 小学校就学前1年間		6,550			1,216		

※1使用するワクチン製剤により単価が異なります

※2「小児用肺炎球菌」は、15価及び20価のいずれを使用しても同額です。

※3「ビームゲン注」は、0.25ml及び0.5mlのいずれを使用しても同額です。

※4「ヘプタバックスⅡ」は、シリンジ0.25ml及び0.5mlのいずれを使用しても同額です。

※5記載の単価はすべて税抜き価格です。

※6小計額(税抜)の、消費税(円未満切り捨て)を記入してください。

小 計 (税 抜)		円
消費税※6 (8%対象)	—	円
消費税※6 (10%対象)		円
合 計 (税 込)		円

年 月 日

明 石 市 長 様

所 在 地

医療機関名

代表者名

※ 年度ごとに単価が変更するため、この請求書は、接種日が該当年度内にのみ利用できます。

(神戸市医師会契約医療機関用)

2025年(令和7年)度 乳幼児等予防接種報告書兼委託料請求書

金 12,293 円 (税 込)

① 該当月を記入します。

(但し 10 月分)

② 該当月に接種した人数を、予防接種の種類ごとに記入します。予診の結果、接種不可になった場合は、接種不可の人数欄に記入します。

記入人数に単価を乗じた額を金額欄に記入するとともに、合計額欄、請求額欄も記入します。

(税 抜)

予防接種	接種時期	人数(人)	単価(円)※5	金額(円)	接種不可		合計額(円)
					人数(人)	金額(円)	
ヒブ	生後2月～60月に至るまで	7,640	1,216				
小児用肺炎球菌※2	生後2月～60月に至るまで	1	9,960	9,960	1	1,216	11,176
B型肝炎※1	1歳未満「ビームゲン注」※3		5,796			1,216	
	1歳未満「ヘプタバックス-Ⅱ」※4		5,886			1,216	
ロタウイルス※1	出生6週0日後～24週0日後まで「ロタリックス」		13,131			1,216	
	出生6週0日後～32週0日後まで「ロタテック」		7,816			1,216	
五種混合	生後2月～90月に至るまで		17,800			1,216	
四種混合	生後2月～90月に至るまで		9,040			1,216	
三種混合	生後2月～90月に至るまで		4,770			1,216	
ポリオ	生後2月～90月に至るまで		8,839			1,216	
BCG	生後12月に至るまで		11,550			1,216	
麻しん風しん(MR)	1期 生後12月～24月に至るまで		10,490			1,216	
	2期 小学校就学前1年間		9,190			1,216	
水痘	1歳以上3歳未満		8,500			1,216	
日本脳炎	9歳未満		6,103			1,216	
	9歳以上20歳未満		6,010			1,216	
二種混合	1期 生後3月～90月に至るまで		5,004			1,216	
	2期 11歳～13歳未満		4,478			1,216	
HPV※1 (子宮頸がん予防)	小6～高1の女子 及び キャッチアップ対象者 「サーバリックス」「ガーダシル」		14,430			1,216	
	小6～高1の女子 及び キャッチアップ対象者 「シルガード9」		23,310			1,216	
麻しん(単抗原)	1期 生後12月～24月に至るまで		7,850			1,216	
	2期 小学校就学前1年間		6,550			1,216	
風しん(単抗原)	1期 生後12月～24月に至るまで		7,850			1,216	
	2期 小学校就学前1年間		6,550			1,216	

※1使用するワクチン製剤により単価が異なります

※2「小児用肺炎球菌」は、15価及び20価のいずれを使用しても同額です。

※3「ビームゲン注」は、0.25ml及び0.5

※4「ヘプタバックスⅡ」は、シリンジ0.2

※5記載の単価はすべて税抜き価格で(捨て)を記入します。

※6小計額(税抜)の、消費税(円未満切り

小計(税抜) 11,176 円

消費税※6 (8%対象) — 円

消費税※6 (10%対象) 1,117 円

合計(税込) 12,293 円

年 月 日

明石市長様

④ 明石市に債権者登録している医療機関の住所、名称、肩書、代表者を記入します。押印は不要です。

〒

神戸市〇〇区〇〇町1丁目1番1号

機関名

医療法人社団〇〇会 〇〇病院

代表者名

理事長 〇〇 太郎

接種医療機関 ➡ 明石市こども健康センター