

令和 年 ① 月分 インフルエンザ予防接種請求書に係る請求書【集計票】

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名

②

医療機関コード		③		内訳件数		備考
公費法別	入・外	件数	金額	(請求内容)		
80	入院外	④	⑤	1	⑥	
				2		
				3		
	入院外			1		
				2		
				3		

* インフルエンザ予防接種請求書(公費番号80)の請求書【集計票】です。
合計件数、合計金額、内訳件数(請求内容ごと)を記載してください。

①～⑥の記載内容

- ① 当該接種の年月分を記載します。
- ② 保険医療機関の所在地・名称・開設者名を記載します。ゴム印、スタンプ印等の場合は鮮明に押印してください。
- ③ 医療機関コード(7桁)を記載します。ゴム印、スタンプ印等の場合は鮮明に押印してください。
- ④ 件数の合計を記載します。
- ⑤ 金額の合計を記載します。
- ⑥ 内訳件数を請求区分ごとに記載します。
【請求区分】 1:接種者(自己負担有)
2:接種者(自己負担無)
3:接種不能者

※月遅れ分を含めて集計します。