

年 月 日

定期予防接種料見積書

滋賀県東近江市長 様

医療機関所在地
医療機関名
代表者職氏名

印

当医療機関で実施する定期予防接種について、その接種料を下記のとおりお見積りさせていただきます。

記

(消費税及び地方消費税含む)

予防接種名 (ワクチン名)	単 価
1 価ロタウイルス (ロタリックス) 2 回用	円
5 価ロタウイルス (ロタテック) 3 回用	円
ヒブ	円
小児用肺炎球菌 (15 価)	円
小児用肺炎球菌 (20 価)	円
B C G	円
水痘	円
単独ポリオ	円
5 種混合 (DPT-IPV-Hib)	円
4 種混合 (DPT-IPV)	円
3 種混合 (DPT)	円
2 種混合 (DT)	円
麻しん風しん混合	円
麻しん	円
風しん	円
日本脳炎	円
ヒトパピローマウイルス感染症 (9 価)	円
B 型肝炎	円
RS ウイルスワクチン	円
高齢者用肺炎球菌 (一部負担金 : 3,500 円)	※ 円
帯状疱疹 (乾燥弱毒生水痘) (一部負担金 : 2,000 円)	※ 円
帯状疱疹 (乾燥組換え帯状疱疹) (一部負担金 : 5,000 円)	※ 円
標準量インフルエンザ (一部負担金 : 2,000 円)	※ 円
新型コロナ (一部負担金 : 4,500 円)	※ 円

※ 一部負担金がある予防接種については、接種費用総額から当該負担金を差し引いた金額を御記入ください。