

予防接種償還払請求書

年 月 日

中標津町長 様

請求者

住 所 中標津町

氏 名 _____ (印)

電話番号 _____

予防接種費用を償還していただきたく、関係書類を添えて下記のとおり請求します。

記

請求金額 _____ 円

他市(区町村)で予防接種を受けた内容

被接種者名：		生年月日： 年 月 日生			請求者との続柄：	
予 防 接 種 名	医 療 機 関 名	回 数	接 種 日	接 種 費 用		
			年 月 日	円		
			年 月 日	円		
			年 月 日	円		
			年 月 日	円		

振込口座

金 融 機 関 名	支 店 名	種 別	口 座 番 号 (右詰めでお書きください。)	(フリガナ)
				口 座 名 義
1. 銀行 5. 農協 2. 金庫 6. 漁連 3. 信組 7. 信漁連 4. 信連	本・支店 本・支所 出張所 店番号	1. 普通 2. 当座		

※ゆうちょ銀行を選択された場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号(7桁)」(通帳見開き下部に記載)をご記入ください。

記入例

予防接種償還払請求書

年 月 日

中標津町長 様

押印を
忘れないで
ください。

【予防接種実施依頼書交付申請書】
に記入いただいた申請者様の
名前をご記入ください。

請求者

住所 中標津町東7条北3丁目3番地

氏名 保健 康子 印

電話番号 090-8765-4321

予防接種費用を償還していただきたく、関係書類を添えて下記のとおり請求します。

記

金額は記入しないでください。

請求金額

※記入しきれない場合は、下部
や裏面の空いているスペースに
記入いただいて構いません。

他市(区町村)で予防接種を受けた内容

被接種者名：保健 せん太郎	生年月日：令和8年 1月 1日生	請求者との続柄：子		
予防接種名	医療機関名	回数	接種日	接種費用
5種混合(1)	釧路赤十字病院	1	R〇〇年〇〇月△△日	円
小児用肺炎球菌(1)	〃	1	R〇〇年〇〇月△△日	円
B型肝炎(1)	〃	1	R〇〇年〇〇月△△日	円
ロタウイルス(1)	〃	1	R〇〇年〇〇月△△日	円

振込口座

金融機関名	支店名	種別	口座番号 (右詰めでお書きください。)							(フリガナ)	
			口座名義								
大地みらい信用	1. 銀行 5. 農協 2. 金庫 6. 漁連 3. 信組 7. 信漁連 4. 信連	本・支店 中標津 本・支所 出張所 店番号 0 0 2	1. 普通 2. 当座	1	2	3	4	5	6	7	ホケン ヤスコ
											保健 康子

※ゆうちょ銀行を選択された場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号(7桁)」(通帳見開き下部に記載)をご記入ください。

請求者名義の口座をご記入
ください。

※対象予防接種は

- ・乳幼児は5種混合、4種混合、麻しん、風しん、麻しん風しん混合（MR）、BCG、ポリオ、ヒブ、小児用肺炎球菌、水痘、日本脳炎、B型肝炎、ロタが対象です。
- ・学童は二種混合（ジフテリア・破傷風）、日本脳炎が対象です。
- ・小学6年生～高校1年生（相当）の女子は子宮頸がん予防ワクチンが対象です。
- ・成人はRSウイルス（妊婦用）、高齢者インフルエンザ、高齢者新型コロナウイルス、高齢者用肺炎球菌、帯状疱疹が対象です。

これ以外の予防接種の接種費用は、申請できません。

（法令により「定期の予防接種」として実施する予防接種が対象です。）

※証拠書類について

接種を受けた医療機関の領収書を添付してください。この領収書に「予防接種の費用」、「予防接種名」、「接種を受けた人の名前」が明確に記載されていなければ受理できませんので、領収書を受け取る際には注意して下さい。

なお、証拠書類の無い場合や領収書の複製（コピー等）は受理できません。

※申請する方は、予防接種を受けたお子さんの保護者であることを原則とします。

※口座振替でお支払いいたしますので、支払先金融機関等を正確にご記入ください。

なお、申請する方の口座でなければお支払いできませんので、ご注意ください。

※この申請書は中標津町保健センター健康推進課（Tel72-2733）にお出してください。