

国保連提出用

予 防 接 種 受 託 報 酬 請 求 書

年 月 日

(宛先)

京都市長 様

コード番号

※医療機関コードの下7桁をご記載ください。

医療機関所在地

名 称

氏 名

下記のとおり請求します。

年 月分 請求金額 _____ 円

区 分			件 数	単 価	金 額
インフルエンザ (水色)	自己負担金 1,500 円	1		3,742 円	
	自己負担金 1,000 円	2		4,242 円	
	自己負担金 0 円	3		5,242 円	

京都市予防接種協力医療機関 各位

令和 7 年 1 0 月

京都市保健福祉局
医療衛生推進室医療衛生企画課

担当：予 防 接 種 担 当
電話：075-222-4421

高齢者インフルエンザ予防接種に係る受託報酬請求書の送付について

平素は、本市予防接種業務に御理解、御協力を賜り、誠にありがとうございます。
令和 7 年度高齢者インフルエンザ予防接種につきまして、下記のとおり、委託
単価が確定したことに伴い、請求書をお送りいたします。

記

1 委託単価

接種料金 (1,500 円) の場合	1 件につき	3,742 円
接種料金 (1,000 円) の場合	1 件につき	4,242 円
接種料金 (無料) の場合	1 件につき	5,242 円
不適格診断の場合	1 件につき	3,069 円

2 高齢者インフルエンザ予防接種に係る帳票類の再送依頼について

追加の予診票や請求書の送付を希望される場合は、下記リンク先の発行申請フ
ォームへお申し込みください。スマートフォンやタブレット端末からも簡単に申
請可能です。

【京都市情報館 京都市が実施する予防接種の関連帳票の送付について】

U R L : <https://www.city.kyoto.lg.jp/hokenfukushi/page/0000324289.html>



上記サイトはこちらから

なお、フォームを御利用いただけない場合は、メール・電話・FAXでも受け付け
ます。

【連絡先】：メールアドレス：vaccines-kyoto@city.kyoto.lg.jp

TEL：075-222-4421 FAX：075-708-6212