

(フリガナ)

被接種者氏名

(年 月 日生)

※免除証明書がある場合は、添付してください。

予防接種の種類/ 回数	接種日/接種時年齢	金額		③=①か②の低いほう (※添付の場合は①を記入)	③×90/100 (※添付の場合は、③を記入)
		①接種費	②支払限度額		
Hibワクチン 1回目	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	9,592 円		
Hibワクチン 2回目	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	9,592 円		
Hibワクチン 3回目	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	9,592 円		
小児用肺炎球菌 ワクチン 1回目	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	12,859 円		
小児用肺炎球菌 ワクチン 2回目	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	12,859 円		
小児用肺炎球菌 ワクチン 3回目	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	12,859 円		
B型肝炎 1回目	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	★(下記参照)		
B型肝炎 2回目	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	★(下記参照)		
4種混合ワクチン 1回目	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	12,188 円		
4種混合ワクチン 2回目	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	12,188 円		
4種混合ワクチン 3回目	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	12,188 円		
DPTワクチン 1回目	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	6,589 円		
DPTワクチン 2回目	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	6,589 円		
DPTワクチン 3回目	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	6,589 円		
B型肝炎 3回目	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	★(下記参照)		
		小計(A)		円	円

(申請金額)
小計(A)+小計(B)

(A)	円 + (B)	円 =	円
-----	---------	-----	---

★ B型肝炎は使用するワクチンによって支払限度額が異なります。

0.5ml入り(ヘプタボックスII 又はビームゲン) ⇒ 7,436円

(日付印)

(通し番号)

0.25ml入り(ビームゲン) ⇒ 7,172円

0.25ml入り(ヘプタボックス-II シリンジ) ⇒ 7,253円

※免除証明がある場合は添付のこと

予防接種の種類/ 回数	接種日/接種時年齢	金額		③=①か②の低いほう (※添付の場合は①を記入)	③×90/100 (※添付の場合は、③を記入)
		①接種費	②支払限度額		
Hibワクチン 追加	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	9,592 円	円	円
小児用肺炎球菌ワ クチン 追加	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	12,859 円	円	円
4種混合ワクチン 追加	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	12,188 円	円	円
DPTワクチン 追加	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	6,589 円	円	円
麻しん風しん(MR) (1期・2期)	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	11,693 円	円	円
水痘 1回目	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	9,988 円	円	円
水痘 2回目	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	9,988 円	円	円
日本脳炎1期初回 1回目	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	8,613 円	円	円
日本脳炎1期初回 2回目	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	8,613 円	円	円
日本脳炎1期 追加	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	8,613 円	円	円
日本脳炎 2期	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	7,073 円	円	円
【特例対象:7歳半 以上】日本脳炎()	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	7,073 円	円	円
DT2期	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	★★(下記参照)	円	円
子宮頸がん予防ワ クチン()回目	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	16,698 円	円	円
不活化ポリオワク チン()回目	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	11,033 円	円	円
麻しん	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	8,118 円	円	円
風しん	年 月 日	①接種費	円		
	歳 か月	②支払限度額	8,129 円	円	円
		小計(B)		円	円

★★ DT2期は使用するワクチンによって支払い限度額が異なります。

- 1. 0ml入り(武田薬品 沈降ジフテリア破傷風トキソイド「タケダ」) ⇒ 5,401円
- 0. 1ml入り(沈降破傷風トキソイドDTビック/阪大ビケン) ⇒ 4,928円
- 0. 5ml入り(沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド「北研」または「北研DS」) ⇒ 4,928円