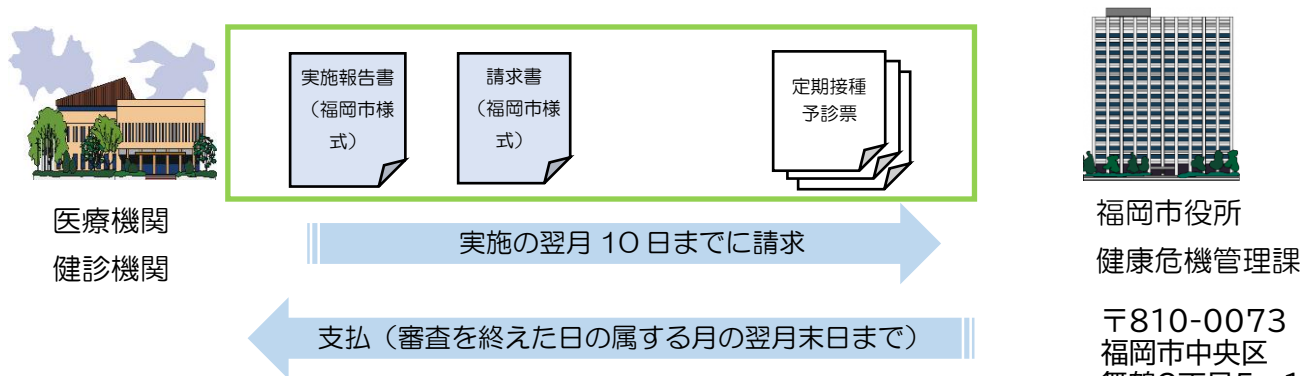


福岡市分の令和8年度実施の風しん5期(延長分)の請求について

1. 請求の概要

令和8年度に実施した風しん5期(追加的対策にかかる延長分)の請求事務の概要は、次のとおりです。



【福岡市ホームページ】様式のダウンロードはこちらから

http://www.city.fukuoka.lg.jp/hofuku/k-kanri/health/vaccine/fuusin_iryokikan.html

2. 請求書類等提出前のお願い

以下のとおり各書類の確認項目をご確認いただき、提出をお願いいたします。

支払事務の迅速化のため、ご確認をよろしくお願いいたします。

請求書等の確認項目(実施報告書)

不備がある場合、実施機関へ照会又は返戻いたします。

実施報告書

(提出期限: 実施の翌月10日まで)

年 月 日

① 福岡市長様
市区町村番号
4 0 1 3 0 7

② 所在地

③ 医療機関名

④ 代表者氏名

⑤ 電話番号

⑥ 医療機関・健診機関番号

風しん追加的対策 実施報告書 (令和 年 月分)

添付予診票のとおり、実施いたしましたので、下記のとおり報告します。

	請求件数	請求金額 (税抜)	請求金額 (税込)
予防接種	通常(MRワクチン)	0	0
	通常(単独ワクチン)	0	0
	予診のみ	0	0
合計	0	0	0

消費税率 10%

項番	項目	確認内容
①	宛名	福岡市長宛てか。
②	所在地	医療機関・健診機関の所在地の記載があるか。
③	医療機関名	医療機関名の記載があるか。
④	代表者氏名	代表者の記載があるか。
⑤	電話番号	電話番号の記載があるか。
⑥	医療機関・健診機関番号	医療機関・健診機関コードが厚生労働省HP掲載の集合契約状況一覧に掲載があるか。
⑦	請求年月	請求年月の記載があるか。
⑧	抗体検査・予防接種・合計の区分	各区分別の請求件数・請求金額(税抜)・請求金額(税込)と抗体検査受診票又は定期接種予診票の件数や請求金額の集計と一致するか。

不備がある場合、実施機関へ照会又は返戻いたします。

②請求書

請 求 書																																
金 額																																
(金額の記載は、アラビア数字を用いその直後に「¥」を記入してください。)																																
件 名 風しんの抗体検査及び風しんの5期の定期接種に係る契約 (令和7年3月分)																																
希望する支払方法に印を記入してください。 ☐ 口座振込を希望します。																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">金融機関名</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">〇〇</td> <td style="width: 20%;">銀行</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">〇〇</td> <td style="width: 10%;">本店</td> <td style="width: 10%;">支店</td> </tr> <tr> <td>預金種別</td> <td style="text-align: center;">(普通)・当座</td> <td>口座番号</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>口座名義 (ふりか)</td> <td style="text-align: center;">カ) フクオカ</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> (記入する口座は請求書名義のものに限り、また、の宛名欄の記入にあたっては、必ず預金通帳を照核のうえ、記載のとおり正確に記入してください。) ☐ 現金振込を希望します。 ☐ 隔地振 (外国送金等) を希望します。															金融機関名	〇〇	銀行	〇〇	本店	支店	預金種別	(普通)・当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7			口座名義 (ふりか)	カ) フクオカ				
金融機関名	〇〇	銀行	〇〇	本店	支店																											
預金種別	(普通)・当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7																													
口座名義 (ふりか)	カ) フクオカ																															
上記の金額を請求します。 ⑤ 住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号 医療機関名 医療法人〇〇〇〇〇 〇〇クリニック 代表者氏名 理事長 福岡 花子 (あて先) 福岡市 (区) 赤																																
(福岡市)																																
連絡先電話番号 医療法人の法人 代表者 氏名																																
(注) 1 金額と口座番号は、必ずめて記入してください。 なお、ゆうちょ銀行への振込を希望される場合は、振込用の口座番号を記入してください。 2 請求書の金額は、訂正できません。																																

項番	項 目	確認内容
①	請求金額	実績報告書と一致しているか。
②	口座情報	口座情報が記載されているか。 請求者と口座名義の整合性があるか。
③	住所 医療機関名 代表者氏名	実績報告書と一致しているか。

定期接種予診票

[illegible]

項番	項目	確認内容
①	市区町村名 住所	クーポン券に記載の「請求先」と予診票に記載の「住民票に記載されている住所」の市区町村名の一致しているか。
②	氏名	クーポン券に記載の「氏名」と予診票に記載の「氏名」の一致しているか。
③	券種	券種が「予防接種券」又は「予防接種予診券（予診のみ）」であるか確認します。 なお、「予防接種券（ご本人控え）」が貼付されていた場合には、予防接種済証を兼ねているため、予診票に貼付された場合は返戻します。
④	医師署名又は 記名押印	医師署名又は記名押印があるか。
⑤	接種希望	予防接種券のとき「接種を希望します」に○があるか。
⑥	被検者自署	被検者自署及び年月日の記載があるか。 年月日は検査年月日と比較し1年以内のものであるか。 代筆の場合、代筆者と続柄があるか。
⑦	ワクチン名	ワクチン名、ロット番号の記載があるか。
⑧	実施場所 医師名	実施場所、医師名の記載があるか。
⑨	接種年月日	検査年月日の記載があるか。 ⑤の年月日より同日か後日であるか
⑩	医療機関等 コード	医療機関等が厚生労働省HP掲載の集合契約状況一覧に掲載があるか