

長崎市長 様

市区町村番号

4 2 2 0 1 1

医療機関等の所在地:

代表者氏名:



電話番号:

医療機関番号及び医療機関等の名称をご記入ください。

医療機関の情報を記入ください。代表印もお忘れなく押印ください。

コロナワクチン接種費等 市区町村別請求書

医療機関等番号 (10桁) :

10 digit grid

医療機関等名称 :

202 年 月請求分 (月 日 ~ 月 日 接種分)

請求年月をご記入ください。

Main table with columns: 区分, 種類, 請求件数, 請求金額 (税込み). Rows include 予診のみ and 接種 categories.

※税込みです。

↑ 太枠内に記載すること

≪ 単価 (税抜き) ≫

Table of unit prices for 予診のみ and 接種 categories.

Table with columns: 住所地内接種分含む, 対象. Checkmark in 対象.

※医療機関等の所在地と請求先が同じ市区町村の場合はチェック

請求月分の予診票の枚数と請求件数 (金額) が一致するようご記入ください。