

長崎県国民健康保険団体連合会 御中

医療機関等の所在地

代表者氏名

電話番号

コロナワクチン接種費等 請求総括書

医療機関の
情報をご記
入くださ
い。

施設等区分：1

医療機関等番号（10桁）：

医療機関等名称：

202 年 月請求分

医療機関番
号及び医療
機関等の名
称をご記入
ください。

請求年月をご記入
ください。

区分	種類	請求件数	請求金額（税込み）
予診のみ	6歳未満(時間外・休日分除く)		
	6歳未満(時間外)		
	6歳未満(休日)		
	6歳以上(時間外・休日分除く)		
	6歳以上(時間外)		
	6歳以上(休日)		
	小計		
接種	6歳未満(時間外・休日分除く)		
	6歳未満(時間外)		
	6歳未満(休日)		
	6歳以上(時間外・休日分除く)		
	6歳以上(時間外)		
	6歳以上(休日)		
	小計		
合計			

※税込みです。

↑太枠内に記載すること

≪単価（税抜き）≫

予診のみ	6歳未満(時間外・休日分除く)	2,200円
	6歳未満(時間外)	2,930円
	6歳未満(休日)	4,330円
	6歳以上(時間外・休日分除く)	1,540円
	6歳以上(時間外)	2,270円
	6歳以上(休日)	3,670円
接種	6歳未満(時間外・休日分除く)	2,730円
	6歳未満(時間外)	3,460円
	6歳未満(休日)	4,860円
	6歳以上(時間外・休日分除く)	2,070円
	6歳以上(時間外)	2,800円
	6歳以上(休日)	4,200円

住所地内 接種分 含む	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。