

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:

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) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

医療機関等名称 :

202 年 月請求分 (月 日 ~ 月 日 接種分)

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			

↑ 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