

長 様

市区町村番号

□□□□□□□□

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・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