

市区町村長 様  
 市区町村番号

# 住所地内接種分

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：

20 年 月請求分

↓請求金額（税込み）＝単価（税込み）×請求件数

| 区分   | 種類              | 請求件数 | 請求金額<br>(税込み) | 決定件数 | 決定金額<br>(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   |                 | 件    | 円             |      |               |

↑太枠内に記載すること

≪単価（税抜き）≫

【単価（税込み）】

|      |                 |        |   |        |
|------|-----------------|--------|---|--------|
| 予診のみ | 6歳未満（時間外・休日分除く） | 2,200円 | → | 2,420円 |
|      | 6歳未満（時間外）       | 2,930円 | → | 3,223円 |
|      | 6歳未満（休日）        | 4,330円 | → | 4,763円 |
|      | 6歳以上（時間外・休日分除く） | 1,540円 | → | 1,694円 |
|      | 6歳以上（時間外）       | 2,270円 | → | 2,497円 |
|      | 6歳以上（休日）        | 3,670円 | → | 4,037円 |
| 接種   | 6歳未満（時間外・休日分除く） | 2,730円 | → | 3,003円 |
|      | 6歳未満（時間外）       | 3,460円 | → | 3,806円 |
|      | 6歳未満（休日）        | 4,860円 | → | 5,346円 |
|      | 6歳以上（時間外・休日分除く） | 2,070円 | → | 2,277円 |
|      | 6歳以上（時間外）       | 2,800円 | → | 3,080円 |
|      | 6歳以上（休日）        | 4,200円 | → | 4,620円 |

|      |    |
|------|----|
| 住所地内 | 対象 |
| 接種分  | ✓  |

※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

※住所地内接種分（国保連合会取扱い）を請求する際、予診票に添付してください。

（この様式を複写してお使いください。）