

様

市区町村番号

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

医療機関の所在地： 熊本県上益城郡益城町

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：

年 月 請求分

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

↑ 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