

記 載 例

〇〇〇国民健康保険団体連合会 御中

医療機関等の所在地 : 静岡県浜松市中央区鴨江11-2

代表者氏名 : 浜松 太郎

電話番号 : 053-453-〇〇〇〇

コロナワクチン接種費等 請求総括書

施設等区分 : 2

医療機関等番号(10桁) :

2	2	1	9	9	9	9	9	9	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

医療機関等名称 : 健康増進課クリニック

2024年4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)	2	4,840		
	6歳未満(時間外)		0		
	6歳未満(休日)		0		
	6歳以上(時間外・休日分除く)	5	8,470		
	6歳以上(時間外)		0		
	6歳以上(休日)		0		
	小計		7	13,310	
接種	6歳未満(時間外・休日分除く)	20	60,060		
	6歳未満(時間外)		0		
	6歳未満(休日)		0		
	6歳以上(時間外・休日分除く)	50	113,850		
	6歳以上(時間外)		0		
	6歳以上(休日)		0		
	小計		70	173,910	
合計		77件	187,220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

住所市内 接種分含む	対象 レ
---------------	---------

※医療機関等の所在地と請求先を含む場合はチェック