

東京都品川区長 様

市区町村番号 

1	3	1	0	9	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

代表者氏名欄には  
医療機関等の名称および  
代表者氏名を記入の上、  
代表者印を押印ください。

(例)

医療法人〇〇 〇〇病院  
理事長 〇〇〇〇 印

※代表者氏名のみが印字  
されている場合は医療機  
関等の名称を追記くださ  
い。

医療機関等番号 (10桁) : 

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

医療機関等名称 :

年 月請求分

接種実施月  
ではなく、  
請求月とし  
てください。

(例)

12 月接種  
分を1月10  
日までに請  
求するときは「2022 年  
01 月請求  
分」となります。

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					

↑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

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