

年 月 日

様

医療機関等名称

開設者氏名

電話番号

新型コロナウイルスワクチン接種の時間外及び休日対応に係る請求書

8月1日から10月2日の期間において、別紙報告書のとおり新型コロナウイルスワクチンの接種を実施したため、以下のとおり請求する。

請求金額

内訳

8月1日から10月2日の間

	接種回数 (予診のみも含める)	加算単価	加算額 (税抜き)	加算額 (税込み)
時間外	回	730円	円	円
休日接種回数	回	2,130円	円	円

(参考) 標榜する診療時間

日	
月	
火	
水	
木	
金	
土	
備考	

金融機関コード		支店コード	
金融機関名		支店名	
預金種別		口座番号	
フリガナ			

口座名義人	
-------	--