

〇〇〇市区町村長 様

市区町村番号

医療機関等の所在地

代表者氏名

電話番号

《国保連合会へ提出する請求書類》

市区町村別請求書

押印省略としても差し支えない

コロナワクチン接種費等 市区町村別請求書

被接種者区分: 1 ケーホン券なし / 2 ケーホン券あり

医療機関等番号(10桁):

医療機関等名称 : 〇〇クリニック

20 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				
	6歳以上				
	小計				
接種	6歳未満				
	6歳以上				
	小計				
合計					

↑ 太枠内に記載すること

《単価(税抜き)》

予診	実施医療機関等が所属する市町村への請求分も、国保連に提出する場合、その該当市区町村への市区町村別請求書にはこちらに☑が記入されている。
接種	

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