

市町村番号	012076
-------	--------

様式 1

帯広市 長様

医療機関等番号	
医療機関等名称	
代表者氏名	
担当者氏名	
電話番号	
住所	

申請日	
-----	--

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

下記の期間において、別紙報告書のとおりコロナワクチンウイルスの接種を実施したため、以下のとおり請求する。

請求金額 円

内訳

第 2 期 8月1日から10月2日の間

	接種回数 <small>(予診のみも含める)</small>	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

曜日	休診日	診療時間
日	休	
月		
火		
水		
木		
金		
土		
備考		

振込口座について、希望する方に「○」を付けてください。

<input type="checkbox"/>	(1) 国保連合会に登録されているコロナワクチン接種費用口座への振り込みを希望する
<input type="checkbox"/>	(2) 別の口座への振込を希望するので、国保連合会に新規口座登録の手続きを行う

※ (2) を選択された方は、手続きを行う必要があるため、別途国保連合会に連絡してください。

コロナウイルスワクチン接種の実績報告書

下記のとおり、コロナウイルスワクチンの接種を行ったので報告する。

日	8月				9月				10月			
	曜日	時間外 接種	休日接種		曜日	時間外 接種	休日接種		曜日	時間外 接種	休日接種	
			職域以外	職域			職域以外	職域			職域以外	職域
1	日				水				金			
2	月				木				土			
3	火				金				日			
4	水				土				月			
5	木				日				火			
6	金				月				水			
7	土				火				木			
8	日				水				金			
9	月				木				土			
10	火				金				日			
11	水				土				月			
12	木				日				火			
13	金				月				水			
14	土				火				木			
15	日				水				金			
16	月				木				土			
17	火				金				日			
18	水				土				月			
19	木				日				火			
20	金				月				水			
21	土				火				木			
22	日				水				金			
23	月				木				土			
24	火				金				日			
25	水				土				月			
26	木				日				火			
27	金				月				水			
28	土				火				木			
29	日				水				金			
30	月				木				土			
31	火								日			
	計				計				計			

下記の項目について、に✓を付して必要事項を記載してください。

1. 本報告書には、集団接種である大規模接種会場・市町村特設会場の実績は含んでいない。

確認

2. 当該医療機関において、職域接種を実施している。

はい いいえ

注：単に、医療従事者（医師・看護師等）を外部の接種会場に派遣したものは含まれません。

○職域接種を依頼した企業・団体等の名称（職域接種を申請した主体名）を以下に記載願います。

医療機関等番号（類似コード）

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

名称

--

○職域接種の際にVRSに登録した接種会場名を以下に記載願います。

名称

--

※複数ある場合は、適宜別紙を作成して報告願います。

上記が事実と相違ないことを証明する。

医療機関等名称

代表者氏名

(押印省略)