

海老名市長様

医療機関等の所在地
医療機関等名称
代表者役職及び氏名
電話番号

印

新型コロナウイルスワクチン接種費等請求書

2024年 月請求分

区分	種類	請求件数 (A)	単価(税込) (B)	請求金額 (A×B)
予診のみ	6歳未満(時間外・休日分除く)		2,420	
	6歳未満(時間外)		3,223	
	6歳未満(休日)		4,763	
	6歳以上(時間外・休日分除く)		1,694	
	6歳以上(時間外)		2,497	
	6歳以上(休日)		4,037	
	小計(C)			
接種	6歳未満(時間外・休日分除く)		3,003	
	6歳未満(時間外)		3,806	
	6歳未満(休日)		5,346	
	6歳以上(時間外・休日分除く)		2,277	
	6歳以上(時間外)		3,080	
	6歳以上(休日)		4,620	
	小計(D)			
請求金額合計(C+D)				

【振込口座】

金融機関名		支店名								
口座種別	普通	当座	口座番号							
(フリガナ) 口座名										