

品川区長 様

「医療機関名称」には、法人名だけでなく医療機関名称もご記入ください。  
 「開設者氏名」には、**肩書**と**氏名**をご記入ください。

医療機関等名称	医療機関〇〇クリニック
開設者氏名	<b>印</b>
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

令和3年12月期において、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、

法人の場合、印鑑は代表者印（肩書が入った印鑑）です。  
 代表者印がない場合は社印と代表者の私印のセットでの押印をお願いします。  
 （社印のみは不可）  
 法人格のない団体および個人は、私印での登録となります。  
 印鑑は朱肉を使用するもので、スタンプ印・プリント印は使用しないでください。

請求金額 **¥0**

	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	0回	730円	0円	0円
休日接種回数	0回	2,130円	0円	0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			