

〒 000-0000  
所在地住所  
医療機関名称 様

13●●●●●●●●●●

様式三

コロナワクチン接種費等 支払額通知書

東京都国民健康保険団体連合会  
令和◆年◆月◆日 作成

令和◆年◆月 分

被振込銀行		振込日
銀行名	支店名	令和 ◆ 年 ◆ 月 ◆ 日

医療機関等番号	13●●●●●●●●●●
---------	--------------

区分	件数	金額（税込）
決定	●	●, ●●●●
調整		
確定	●	●, ●●●●

振込額	●, ●●●●	円
-----	---------	---