

コロナワクチン接種費等 支払額内訳書

令和◆年◆月 分

医療機関等番号	医療機関等名
13●●●●●●●●	医療機関等名称

東京都国民健康保険団体連合会
令和◆年◆月◆日作成

●/●頁

市区町村番号	市区町村名	発券番号	請 / 調	券種	接種PT	金額 (税込)	被接種者	備考
○○○○○○	■ ■ 区		■	●	●	●, ●●●	●	
	請求					●, ●●●		
	調整							
	合計					●, ●●●		

請 / 調	請	当月請求分
	調	前月以前の請求分に係わる調整

券種	1	予防接種予診券
	2	予防接種券

接種パターン (接種PT)	1	小児 (6歳未満)
	2	小児以外 (6歳以上)

被接種者区分 (被接種者)	1	医療従事者 (クーポン券なし)
	2	医療従事者以外 (クーポン券あり)