

記 載 例

医療機関等名称

健康増進課クリニック

様式（診療所用）

新型コロナウイルスワクチン接種の実績報告書（診療所）

下記のとおり、新型コロナウイルスワクチンの接種を行ったので報告する。

※本様式において「時間外等」は、時間外の他に、夜間・休日を指す。

	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	(日)	週の接種回数	週の回数区分	週のうち、時間外等の接種体制の実施	備考
	5/1	5/2	5/3	5/4	5/5	5/6	5/7				
時間外等の接種体制の有無					○						
接種回数（予診のみを含めない）	50	50			50			150回	100回以上	実施	
	5/8	5/9	5/10	5/11	5/12	5/13	5/14				
時間外等の接種体制の有無						○	○				
接種回数（予診のみを含めない）						20	20	40回	100回未満	実施	
	5/15	5/16	5/17	5/18	5/19	5/20	5/21				
時間外等の接種体制の有無											
接種回数（予診のみを含めない）								0回	100回未満	—	
	5/22	5/23	5/24	5/25	5/26	5/27	5/28				
時間外等の接種体制の有無		○				○	○				
接種回数（予診のみを含めない）	20	20				20	20	80回	100回未満	実施	
	5/29	5/30	5/31	6/1	6/2	6/3	6/4				
時間外等の接種体制の有無						○	○				
接種回数（予診のみを含めない）						50	50	100回	100回以上	実施	
	6/5	6/6	6/7	6/8	6/9	6/10	6/11				
時間外等の接種体制の有無						○	○				
接種回数（予診のみを含めない）		80				30	30	140回	100回以上	実施	
	6/12	6/13	6/14	6/15	6/16	6/17	6/18				
時間外等の接種体制の有無											
接種回数（予診のみを含めない）								0回	100回未満	—	
	6/19	6/20	6/21	6/22	6/23	6/24	6/25				
時間外等の接種体制の有無						○	○				
接種回数（予診のみを含めない）		80				30	30	140回	100回以上	実施	
	6/26	6/27	6/28	6/29	6/30	7/1	7/2				
時間外等の接種体制の有無											
接種回数（予診のみを含めない）								0回	100回未満	—	

接種回数計（予診のみを含めない）	650回
------------------	------

◎入力用の注意事項

- ・ピンク色の箇所に必要な事項を記載してください。
- ・白色の箇所には数式による自動計算で必要事項が表記される箇所があります。数式の削除をしますと請求金額等が影響を受けますので、ご注意ください。

◎手書き用の注意事項

- ・ピンク色の箇所に必要な事項を記載してください。
- ・「週の回数区分」「週のうち、時間外等の接種体制の実施」については、該当する方を丸で囲ってください。

（あて先）浜松市長

住所又は所在地 浜松市中央区鴨江2-11-2
医療機関等名称 健康増進課クリニック
代表者名 院長 浜松 太郎

個別接種促進のための支援事業に係る請求書（診療所）

令和5年5月1日から7月2日の期間において、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、以下のとおり請求する。

請求金額 **¥1,060,000**

内訳

令和5年5月1日から7月2日の間で、
100回以上接種した取扱いとする週[※] 4週（4週以上で、該当する週の接種について2,000円加算）
※ 週のうち少なくとも1日は時間外、夜間または休日における接種体制を要する。

接種回数 (予診のみを含めない)	週100回以上接種の加算 単価 2,000円/回
5月1日の週	150回 300,000円
5月8日の週	40回 0円
5月15日の週	0回 0円
5月22日の週	80回 0円
5月29日の週	100回 200,000円
6月5日の週	140回 280,000円
6月12日の週	0回 0円
6月19日の週	140回 280,000円
6月26日の週	0回 0円
合計	650回 1,060,000円

（参考）標榜する診療時間

月	9:00～12:00 15:00～18:00
火	9:00～12:00 15:00～18:00
水	休診
木	9:00～12:00 15:00～18:00
金	9:00～12:00 15:00～18:00
土	9:00～12:00
日	休診
備考	

金融機関名	A銀行	支店名	B支店
預金種別	普通	口座番号	1234567
フリガナ	ケンコウゾウシンカクリニック インチョウ ハママツ タロウ		
口座名義人	健康増進課クリニック 院長 浜松 太郎		

※新型コロナウイルスワクチン接種に係る費用（接種費用、時間外・休日加算、VRS読込費用、個別接種促進支援等）の口座振替払先は統一してください。