

大網白里市 特定健康診査・後期高齢者健康診査(個別健診等)委託料請求書

令和 年 月 日

(あて先)大網白里市長

医療機関所在地
 医療機関名
 担当者氏名 _____ 代表者職氏名
 担当者連絡先 _____ 代表者連絡先
 【登録番号】

年 月実施の特定健康診査等に係る委託料として、次のとおり請求します。

請求額 _____ 円
 (10%対象額) _____ 円
 (消費税額) _____ 円

1. 内 訳

受診券 整理番号	氏 名	健診 種別	保険 区分	特定健康診査等				金 額
				必須 項目	追加項目			
					貧血	心電図	眼底	
小 計								円

※『健診種別』は、個別健診は「1」を、結果提供は「2」を記入してください。

※『保険区分』は、国保被保険者は「1」を、後期高齢者医療被保険者は「2」を記入し、実施した検査項目には'○'を記入してください。

2. 振込先

金融機関名	銀行	本・支店
口座種別		
口座番号		
フリガナ		
口座名義人		

※振込先は、前回請求時と変更のあった場合に記入をお願いします。