別紙4　　NO．1

特定健康診査委託料請求書

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
代 表 者 氏 名　　㊞

令和　　年　　月実施の特定健康診査に係る委託料として、次のとおり請求します。

請求金額　　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				金 額
				必須項目	追加項目			
					貧血	心電図	眼底	
								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、後期高齢者医療制度は「2」を記入し、実施した検査項目には’〇’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。