

生活習慣病予防健診委託料請求書

生活保護世帯用

年 月 日

(宛先) 周南市長

(請求者) 医療機関所在地
法人名
医療機関名
代表者名(肩書・氏名)

印

※代表者印を省略される場合は、下部の担当者及び連絡先欄の記載が必要です。

請求金額

円

(内訳明細)

検診種別	種類	件数	単価(円)	請求金額(円)
生活習慣病予防健診	必須		8,261	
	必須+貧血検査		9,179	
	必須+心電図		9,691	
	必須+眼底検査		9,493	
	必須+貧血検査+心電図		10,609	
	必須+貧血検査+眼底検査		10,411	
	必須+心電図+眼底検査		10,923	
	必須+貧血検査+心電図+眼底検査		11,841	
	訪問健康診査 (医師及び看護師)		13,299	
	訪問健康診査(医師のみ)		9,807	
	介護家族訪問健康診査 (医師及び看護師)		13,299	
	介護家族訪問健康診査 (医師のみ)		9,807	
計				

____月実施分について、上記のとおり請求します。

(注意)

- ・請求内容を訂正する場合は、代表者印の押印または請求者による訂正署名が必要です。
(砂消ゴムや修正液等で修正しないでください)
- ・金額の訂正はできませんので再作成してください。
- ・貴院が記入した内容と市が確認した内容が異なった場合、訂正した内容を記入してお返しします。再度ご提出ください

担当者及び連絡先

担当者名： (連絡先：)

R7.6~