

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	40歳～74歳	必須	8,530		
		必須+貧血検査	9,448		
		必須+心電図	9,960		
		必須+眼底検査	9,762		
		必須+貧血検査+心電図	10,878		
		必須+貧血検査+眼底検査	10,680		
		必須+心電図+眼底検査	11,192		
		必須+貧血検査+心電図+眼底検査	12,110		
	75歳以上	必須		9,449	
		必須+心電図		10,879	
訪問健康診査	医師及び看護師		13,299		
	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		
	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ので、再度ご提出ください**

担当者及び連絡先 ※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。

担当者名 :	(連絡先 :
--------	--------