特定健康診査情報提供料等請求書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険者番号（４３ |  | ） |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 市町村長　殿 |
| （国保担当課扱い） | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関番号 |  | | | | |
| 医療機関住所 |  | | | | |
| 医療機関名 |  | | | | |
| 代表者 |  | | | | |
| 電話番号 |  | ― |  | ― |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求金額 |  | 円 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 |  | 年 |  | 月　請求分 |

【請求金額内訳】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 単価（税込） | | 件数 | |
| 情報提供料 |  | 円 |  | 件 |
| 追加検査料 |  | 円 |  | 件 |

※　特定健康診査情報提供票を保険者ごとに集計し、請求書1枚にまとめてください。