

「既存健診対象外の県民に対する健康診査」
請求書

令和 年 月 日

公益財団法人結核予防会 予約センター 御中

医療機関名 _____

印

住 所 _____

令和2年度____月分 既存健診対象外の県民に対する健康診査料として、下記のとおり請求いたします。
(添付必須書類：請求書と同月の実績確認書)

合計金額 _____ 円

区 分	単価 (税込)	件数	金額 (税込)
内訳は実績確認書のとおり			
成人(19歳から39歳)健診料金		件	
【追加項目検査】			
赤血球・Ht・HB 注2	231	件	
白血球・Plt 注2			
白血球分画 注2	275	件	
血清クレアチニン 注2	121	件	
尿酸 注2	121	件	
心電図検査	1,430	件	
眼底検査(両眼)	1,233	件	
合計(円/税込10%)			

【振込先】

取引銀行	銀行	支店	普通・当座・別段
口座番号			
カナ口座名義			
口座名義			

注1) 日付、医療機関名、住所は必ず記入のうえ、押印をお願いいたします。(スタンプ可)

注2) 【追加項目検査】の請求は、自院で検査された場合のみ記載してください。

ただし、心電図を実施された場合は必ず記載してください。(詳細はP4参照)