

別紙1 (第8条関係)

静岡市国民健康保険健康診査検査委託料請求書

金 _____ 円也

ただし、 _____ 年 _____ 月分静岡市国民健康保険健康診査委託料 (_____ 件分) として
 上記金額を静岡市国民健康保険健康診査受診券を添えて請求します。

<内訳> *委託料=検査料-受診者負担額

検査料等 検査項目	受診者負担額 (円)	検査料 (円)	委託料 (円)	件数 (件)	請求金額 (円)
標準検査 (貧血含む)	1,500				
	500				
	0				
標準検査 (貧血含む) +心電図	1,500				
	500				
	0				
標準検査 (貧血含む) +眼底	1,500				
	500				
	0				
標準検査 (貧血含む) +心電図+眼底	1,500				
	500				
	0				

_____ 年 _____ 月 _____ 日

あて先) 静岡市長

所在地

名称

代表者

医療機関番号

連絡先電話番号

※相手方番号

※相手方登録をしている場合は、相手方番号を記入してください。
 口座情報の記入を省略することができます。

口座 振込先	フリガナ			
	口座名義			
	銀行名		支店名	
	預金種目	普通・当座	口座番号	