

健康診査委託料請求書
(眼底検査)

金 円也

ただし、 年 月 分健康診査診委託料として、
上記金額を眼底検査依頼状兼結果報告書を添えて請求します。

内訳

区 分	委託料（円）	件数（件）	請求金額（円）
①特定健康診査 （40～74歳の国保加入者）			
②後期高齢者医療制度健康診査 （主に75歳以上）			
③国民健康保険健康診査 （30代の国保加入者又は40～74歳の 年度途中国保加入者）			
④生活保護被保護者等健康診査			
合 計			

委託契約に基づき、上記金額を請求します。

令和 年 月 日

（宛先）静岡市長

医療機関所在地

医 療 機 関 名

代表者職・氏名

医療機関コード 22
(22を含め9ケタのコード)

※相手方番号			0	0					
--------	--	--	---	---	--	--	--	--	--

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

口座振込先

金融機関名（ゆうちょ銀行不可）	支店名	口座名義
銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	(フリガナ)
預金種別	口座番号	
普通・当座		