

請求書番号

横浜市 区長

令和 年 月 日

振込先金融機関

請 求 者

年 月分

<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 5px;">口座番号</div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">銀行・信用金庫</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">本・支店、出張所</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">普通・当座</div>
---	---

リガナ

口座名義人

(所在地)	
(名 称)	
(代表者)	印
TEL	()
左記に指定する金融機関へ振込をお願いいたします。	

下記の者の主治医意見書の作成にあたり、基本的な診察及び基本的な検査を実施致しましたので請求します。

介護保険 被保険者	介護保険被保険者番号														
	フリガナ														
	氏名														
	生年月日	1	明治	2	大正	3	昭和			年			月		

請 求 合 計 金 額						円
-------------	--	--	--	--	--	---

診察／検査	実 施 項 目			単価 (円)	請 求 金 額	
基本的な診察	<input type="checkbox"/>	初診料相当額			2, 9 1 0	
基本的な検査	<input type="checkbox"/>	血液採取（静脈）			4 0 0	
	<input type="checkbox"/>	血液学的検査	末梢血液一般検査		2 1 0	
			判断料		1, 2 5 0	
	<input type="checkbox"/>	生化学的検査Ⅰ 血液化学検査	1 0項目以上		1, 0 3 0	
			判断料		1, 4 4 0	
	<input type="checkbox"/>	尿中一般物質定性半定量検査			2 6 0	
	<input type="checkbox"/>	胸部単純Ｘ線撮影	単純撮影	アナログ	6 0 0	
				デジタル	6 8 0	
				電子化加算	5 7 0	
写真診断（胸部）			8 5 0			
フィルム（大角）			1 2 0			
小 計						
消 費 税 相 当 額						

※ 実施項目の□にチェックをし、請求金額をご記入下さい。なお、消費税の端数（小数点以下）は、切り捨てで計算してください。

※ 主治医意見書作成料は、主治医意見書の提出のみで、あらかじめ指定された口座に振り込ませていただきますので、請求は不要です。