

請求書番号

横浜市 区 長

令和 年 月 日

振込先金融機関

銀行・信用金庫

本・支店、出張所

口座番号

普通・当座

フリガナ

口座
名義人

請求者

(所在地)

(名 称)

(代表者)

TEL ()

左記に指定する金融機関へ振込をお願いいたします。

※ 左記口座名義人が請求者と異なる場合のみ下記にお書きください。

代表者 印

年 月 分

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			日

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			2,880	
基本的な検査	<input type="checkbox"/>	血液採取（静脈）			370	
	<input type="checkbox"/>	血液学的検査	末梢血液一般検査		210	
			判断料		1,250	
	<input type="checkbox"/>	生化学的検査Ⅰ 血液化学検査	10項目以上		1,060	
			判断料		1,440	
	<input type="checkbox"/>	尿中一般物質定性半定量検査			260	
	<input type="checkbox"/>	胸部単純X線撮影	単純撮影	アナログ	600	
				デジタル	680	
				電子化加算	570	
			写真診断（胸部）		850	
			フィルム（大角）		120	
	小 計					
消 費 税 相 当 額						

※ 実施項目の口にチェックをし、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。