

横浜市障害者総合支援法医師意見書作成に伴う診察・検査料請求書(障害支援区分認定用)

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

令和 年 月 分

<input type="text"/>	銀行・信用金庫 信用組合
<input type="text"/>	本店・支店 出張所
口座番号	口座種別
<input type="text"/>	普通 当座
フリガナ	<input type="text"/>
口座名義人	<input type="text"/>

所在地	<input type="text"/>
名称	<input type="text"/>
代表者	<input type="text"/> 印
TEL	<input type="text"/>
左記に指定する金融機関へ振り込み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署名・捺印してください。	
代表者	<input type="text"/> 印

下記の者の医師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いたしましたので請求します。

申請者	フリガナ	<input type="text"/>	障害福祉番号 ※ 医師意見書に記載されています 障害福祉番号をご記入ください。
	氏名	<input type="text"/>	
	生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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	2,910		
基本的な検査	<input type="checkbox"/> 血液採取(静脈)	400		
	<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"/> 血液化学検査	10項目以上	1,030	
		生化学的検査(I)	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	アナログ撮影	600
			デジタル撮影	680
写真診断(胸部)		850		
フィルム(大角)		115		
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。

※ 医師意見書作成料は、医師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。

※ この用紙は、令和8年6月分から適用します。