

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>						
<div style="font-size: 24px; font-weight: bold; margin-bottom: 10px;">リガナ</div> <div style="font-size: 24px; font-weight: bold;">口座 名義人</div>							

(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。	
※ 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	印

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×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。