

記載例 (配布用)

- ・ 検診料請求書の記載例です。
- ・ 検診料請求書は被保護者の相談があってから対応を検討しています。上限額は「担当」までお尋ねください。

04- 635号

佐世保市福祉事務所長 尾崎 公博

・ 提出日を記入してください。
★要注意★ 日付訂正はできません。
訂正が必要な場合は再発行します。

検 診 料 請 求 書

年 月 日

【法人等の場合】

- ・ 法人名等も記入してください。
- ・ 法人及び代表者の印鑑を押印してください。

医療機関の所在地
及び名称
院(所)長氏名

名義人は、上記に合わせて法人等から記入してください。

取引金融機関 銀行・信金 本支店 当座No.
信組・労金 普通No.

フリガナ
名義人

次のとおり請求します。

受診者	昭和31年12月14日(満69歳)(女)	
居住地	〒857-0012 佐世保市桜木町1-4-19番地1 桜木住宅5号館701号	
診察料	点	検査名等) 自立支援医療診断書料 身体障害者手帳診断書料
検診料	点	自立支援医療更新料 障害年金診断書料
文書料	円	精神障害者保健福祉手帳診断書料
請求額	円	その他() (診断書等作成日 年
合計	円	

・ 課税
・ 上限額がありますので担当へ確認してください。

・ 検査名等は該当する項目にマルをしてその下に「新規」「更新」についても記入してください。
・ 該当する項目がない場合、その()内へ記入してください。

- ・ 非課税
- ・ 診療方針及び診療報酬の例による点数を記入してください。

住所：佐世保市高砂町5番1号

生活福祉課 生活福祉第4係
担当員 ■■■■■
電話番号：0956-24-1111

ご不明な点があれば担当までお問い合わせください。

- ・ 診察料及び検診料(点⇒円に変えて) + 文書料の合計金額を記入してください。
- ★要注意★ 合計金額は訂正できません。(訂正印でも不可)
- 訂正が必要な場合は再発行します。