

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。

生 検 第 545号

■□福祉事務所1長 所長 太郎

検 診 料 請 求 書

・ 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。

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 情報医院
及 び 名 称
院 (所) 長 氏 名 情報県情報市生活町1-2

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

名義人は、上記に合わせて
法人等から記入してください。

・ 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。

・ 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
他 () 内へ記入してください。

・ 診断書作成日もご記入ください。

★「円」のゴム印を押しています。

診 察 料 点 (検査名等)
点 自立支援医療診断書
点 自立支援医療更新料
点 精神障害者保健福祉

★点に変わりましたが円に読み替えて
記入してください。

・ 課税
・ 上限額がありますので担当へ確認してください。

等作成日 年 月 日)

合 計 点 円

(注意) この請求書により直接福祉事務所へ請求して下さい。

問い合わせ先
■□福祉事務所1
9-2903
県護市生活
松子
00-111 (直
00-000-11

★点に変わりました
・ 診察料及び検診料 (点数) のみの合計金額
を記入してください。※文書料 (円) は含めない
★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。

★「円」で合計金額を記入して
ください。

・ 診察料、検診料、文書料の
合計金額

具体的な記載例その①《文書料のみ》
【3号被保険者要介護認定（継続・居宅）】

生 検 第 545号

■□福祉事務所1長 所長 太郎

検 診 料 請 求 書

R8 年 7 月 1 日

50091

01

医療法人 佐世保会

医療機関の所在地
及び名称
院(所)長氏名

情報医院

情報県情報市生活町1-2

理事長 福祉 太郎

取引金融機関

生活 銀行・信金
信組・労金

佐世保

本支店 当座No.
普通No.

法人

1234567

フリガナ イリヨウホウケン サセホカイ
名義人 医療法人 佐世保会

リョウ フクシ 知
理事長 福祉 太郎

次のとおり請求します。

受 診 者	保護 太郎	平成 7年 1月12日（満 31歳）（男）
居 住 地	〒111-2222 保護市生活町1-1	
請求額	診 察 料	点 (検査名等)
	検 診 料	点 自立支援医療診断書料 身体障害者手帳診断書料
	文 書 料	点 自立支援医療更新料 障害年金診断書料
	4, 400 円	点 精神障害者保健福祉手帳診断書料
		点 その他（3号被保険者要介護認定（継続・居宅） （診断書等作成日 R8 年 6月15日）
合 計		点 4, 400 円

※「円」のゴム印

（注意）この請求書により直接福祉事務所あて請求して下さい。

※記載しない

問い合わせ先

■□福祉事務所1

郵便番号：769-2903

住所：保護市生活町123-45

生活課

担当員 松畑 松子

電話番号：000-111（直通）

000-000-111

具体的な記載例その②《検診料と文書料》 【施設入所の為の健康診断料】

生 検 第 545号

■□福祉事務所1長 所長 太郎

検 診 料 請 求 書

R 8 年 7 月 1 日

50091

01

医療法人 佐世保会

医療機関の所在地
及び名称
院(所)長氏名

情報医院

情報県情報市生活町1-2

理事長 福祉 太郎

取引金融機関

生活 銀行・信金
信組・労金

佐世保

本支店 当座No.

普通No. 1234567

フリガナ
名義人

医療法人 佐世保会

理事長 福祉 太郎

次のとおり請求します。

受 診 者	保護 太郎	平成 7年 1月12日 (満 31歳) (男)
居 住 地	〒111-2222 保護市生活町1-1	
診 察 料	点	(検査名等)
検 診 料	393 点	自立支援医療診断書料 身体障害者手帳診断書料
文 書 料	4,720 円 点	自立支援医療更新料 障害年金診断書料
		精神障害者保健福祉手帳診断書料
		その他 (介護施設入所の為の健康診断料
		(診断書等作成日 R8 年 6月15 日)
合 計	393 点	8,650 円

(注意)この請求書により直接福祉事務所あて請求して下さい。

問い合わせ先

■□福祉事務所1

電話: 769-2903

住所: 保護市生活町123-45

生活課

担当員 松畑 松子

電話番号: 000-111 (直通)

000-000-111

検診料 393点 ⇒ 3,930円

3,930円 + 4,720円
= 8,650円

※「円」のゴム印