

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

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

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

【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。

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。

診 察 料	点	検査名等)
検 診 料	点	自立支援医療診断書
文 書 料	点	自立支援医療更新料
		精神障害者保健福祉
		その他()
		(診断書等作成日 年 月 日)

★**円が点に変わりました**
・ 課税
・ 上限額がありますので
担当へ確認してください。

・ 課税
・ 上限額がありますので
担当へ確認してください。

★**「円」で合計金額を記入してください。**
・ 課税
・ 上限額がありますので
担当へ確認してください。

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
号: 769-2903
所: 保護市生活町
松畑 松子
号: 000-111 (直
000-000-111

★**円が点に変わりました**
・ 診察料及び検診料(点数) + 文書料(点数)
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。