

指定医 検査・診断委託料請求書

令和 年 月分を下記のとおり請求します。

令和 年 月 日 由利本荘市長 殿

住 所
名 称
氏 名

発行責任者 氏 名

担 当 者 氏 名

連 絡 先 電話番号

【被保険者名】

検 査 項 目	実 施	金 額
初 診 料 相 当 額		2,910
血 液 採 取 (静 脈)		400
末 梢 血 液 一 般 検 査		210
血 液 学 的 検 査 判 断 料		1,250
生 化 学 検 査 (10 項 目 以 上)		1,030
生 化 学 的 検 査 (I) 判 断 料		1,440
尿 中 一 般 物 質 定 性 半 定 量 検 査		260
単 純 撮 影		1,250
写 真 診 断 (胸 部)		850
認 知 機 能 検 査 (長谷川式認知症スケール等の操作が容易なもの)		800
小 計		円
消 費 税 相 当 額		円
請 求 金 額		円

【指定口座】

銀行 本店 当 ・ 普
農協 支店 No.
金庫 支所 名義人