

(生活保護世帯・無保険者)

[illegible]

市提出用

実施医療機関名

様式3号

別府市生活習慣病健診料請求内訳

金 _____ 円也

ただし、令和 年 月 分別府市生活習慣病健診委託料として

内 訳		件 数	単 価	金 額
診 査 料	必須項目	件	8,072円	円
	詳細項目(心電図) 74歳以下	件	1,324円	円
	詳細項目(貧血) 74歳以下	件	214円	円
	詳細項目(眼底) 74歳以下	件	570円	円
合 計				円
添付 書類	1	生活習慣病健診請求明細書(様式2号)		枚

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

別府市医師会長 殿

実施医療機関名

_____ 印

・実施医療機関で作成して、医師会に1部提出する。