

年 月 別府市生活習慣病健診請求明細書
(生活保護世帯・無保険者)

番号	受診日	氏名	年齢	性別	7 4 歳 以下	7 5 歳 以上	必須項目	詳細項目				金額	備考
								心電図	貧血	眼底 (片眼)	眼底 (両眼)		
							8,151円	1,324円	214円	570円	1,120円		
				男・女									
				男・女									
				男・女									
				男・女									
				男・女									
				男・女									
				男・女									
				男・女									
				男・女									
				男・女									
				男・女									
				男・女									
				男・女									
				男・女									
				男・女									
				男・女									
				男・女									
				男・女									
				男・女									
				男・女									
				男・女									
				男・女									
				男・女									
				男・女									
				男・女									
				男・女									

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	8,151円	円
	詳細項目(心電図)	件	1,324円	円
	詳細項目(貧血)	件	214円	円
	詳細項目(眼底:片眼)	件	570円	円
	詳細項目(眼底:両眼)	件	1,120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。