

年 月 日

厚 真 町 長 様

請求医療機関名・振込先	
所在地	
医療機関名・代表者	
振込先／	銀行・信用金庫・信組 印 支店 (普・当) □座番号

下記のとおり請求いたします。

被保険者	氏名	住 所		
		厚真町	番地	号

意見書作成日	年 月 日					
意見書作成料	1、在宅	2、施設	① 金 額			円

【診断・検査費用】

診断・検査費用	内 容	金 額 (円)				
	診 断 検 査	診 断				
胸部単純x線撮影						円
血液一般検査						円
血液化学検査						円
尿中一般物質定性・半定量検査						円
	② 合 計					円

\*主治医意見書提出依頼書【備考】以外の診断・検査費用がある場合には、上記に記入するか、検査項目が分かる資料（レセプト等）を添付願います。

請 求 額	①意見書作成料					円
	②診断・検査費用					円
	消 費 税					円
	合 計					円