

(様式3)

【岡山県特定健診情報提供事業】市町村国保提出用

情報提供に係る手数料請求書(R____年____月分)*1

| | | | | | |
|-----|----|---|---|---|----|
| 請求日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | *2 |
|-----|----|---|---|---|----|

| | | | | | | | | | | |
|-----|-------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 請求先 | 保険者番号 | 3 | 3 | | | | | | | |
| | 保険者名 | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|-----|---------|---|----|---|--------|
| 請求額 | 単価(税込) | × | 件数 | = | 金額(税込) |
| | 2,500 円 | | 件 | | 円 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------|-------|---|--|--|--|----------|-------|--|--|--|--|--|--|
| 請求者 | 医療機関番号 | 3 | 3 | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 医療機関名 代表者名 (ゴム印可) | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 (同一市町村に対する2 回目以降の請求時に は記載不要(変更があ る場合を除く)) | 金融機関名 | | | | | | | 銀行コード | | | | | | |
| | 支店名 | | | | | | 本店 支店 | 支店コード | | | | | | |
| | 口座番号 | 普通・当座 | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | | |
| | 口座名義人 | | | | | | | | | | | | | |

※請求書等は検査データが揃った月毎にまとめ、情報提供票と特定健診受診券を添付の上、原則翌月10日までに、該当する市町村へ提出してください。
(*1:検査データが揃った月を記入。【例】検査データが揃った月が5月であれば、「5月分」と記入し、6月10日までに提出してください。)
※年度末の請求書の提出期限(3月分の提出期限)は市町村毎に異なります。
(*2: **3月分の請求書の日付は、3月31日まで**となります。)