

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)	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">印</div> <p>※要押印</p>							
振込先 <small>(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))</small>	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。)