

# 請 求 書

年 月 日

秋田県知事

様

(保健所名

)

債権者 住 所  
(TEL)

名 称

氏 名

次のとおり請求します。

請求金額 ￥

経費の内訳 ※同じ項目でも1件当りの点数が違う場合または該当欄のない場合は空欄に記入すること。

項 目	点 数	員 数	金 額	項 目	点 数	員 数	金 額
初 診 料	点	人	円	断 層	点	人	円
B C G				か く た ん			
間 接 35 mm				I G R A 検 査			
〃 70 mm							
直 接 大 角							
〃 大 四 ツ 切							
〃 四 ツ 切							
特 殊				消 費 税			
ツ 反				計			

支 払 方 法 口座振替払・隔地払・その他 ( )

口 座 振 替 払 の 振 込 銀 行 及 び 口 座 番 号	銀行						支店	当 普 別
---------------------------------------	----	--	--	--	--	--	----	-------------

隔 地 払 の 支 払 場 所 銀行 支店

摘 要	結核患者精密検査( 件)	診療報酬	検査証明欄
月分	接触者の健康診断( 件)		

本件の責任者及び担当者並びに連絡先