

特定健診情報提供料請求書

様式 1 9 0 4 0 2 0

請求日	平成			年			月			日
	令和									

*該当する元号を選択

保険者番号	4	2					
-------	---	---	--	--	--	--	--

市町長
国保組合 理事長 様
(国保担当課扱い)

医療機関番号										
医療機関住所										
医療機関名										
代表者名	印									
電話番号	— —									

請求金額		円
------	--	---

請求年月	平成			年			月
	令和						

*該当する元号を選択

【請求金額内訳】

医師の総合判断日	項目	単価 (消費税及び地方消費税を含む)	件数	合計
平成31年4月1日 から 令和元年9月30日	情報提供料 (追加検査なし)	2,500 円	件	円
	追加検査分 HbA1c ※	500 円	件	円
	腎機能検査(血清クレアチニン・血清尿酸) ※	200 円	件	円
令和元年10月1日 から 令和2年3月31日	情報提供料 (追加検査なし)	2,546 円	件	円
	追加検査分 HbA1c ※	509 円	件	円
	腎機能検査(血清クレアチニン・血清尿酸) ※	204 円	件	円

※ 情報提供料については1件あたり2,500円(または2,546円)が請求できますが、情報提供書のためにHbA1cまたは腎機能検査(血清クレアチニン・血清尿酸)を新たに実施した場合に限り、情報提供料の2,500円(または2,546円)にそれぞれ500円(または509円)と200円(または204円)を加算して請求できます。この場合、情報提供書の『追加検査実施欄』(※3)にそれぞれ〇記入が必要です。