

特定健診情報提供料請求書

〈長崎県国民健康保険団体連合会提出用〉

様式	2	0	0	4	0	1	1
----	---	---	---	---	---	---	---

請求日	令和			年			月			日
-----	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

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	令和			年			月
------	----	--	--	---	--	--	---

【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	
令和2年4月1日 から 令和3年3月31日	情報提供料 (追加検査なし)	2,750	円		件		円
	追加検査分 HbA1c	550	円		件		円
	腎機能検査 (血清クレアチニン・血清尿酸)	220	円		件		円

※情報提供料として、情報提供書1件あたり2,750円が請求できます。

情報提供書のためにHbA1c及び腎機能検査（血清クレアチニン・血清尿酸）を追加で実施した場合に限り、それぞれ550円、220円を2,750円に加算して請求できます。

ただし、この場合は情報提供書の『追加検査実施欄』に〇記入が必要です。

※情報提供料等の各種単価は医師の総合判断日によって異なるため、確認の上請求をお願いいたします。

医師の総合判断日が令和2年4月1日以前の情報提供を請求する場合は、前年度の様式【様式番号-1904020】を使用ください。