

特定健診情報提供料請求書

様式 1 9 0 4 0 1 0

請求日	平成 ・ 令和			年			月			日
-----	---------------	--	--	---	--	--	---	--	--	---

*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 ・ 令和			年			月
------	---------------	--	--	---	--	--	---

*該当する元号を選択

【請求金額内訳】

項目		単価 (消費税及び地方消費税を含む)		件数		合計	
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

※ 情報提供料については1件あたり2,500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円にそれぞれ500円と200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。