

特定健康診査情報提供委託料請求書

令和 年 月 日

※市町村番号 (460030)

鹿屋市長 殿
(国保担当課扱い)

住 所 _____

※医療機関番号 _____

医療機関名 _____

代表者 _____ (印)

請求金額	円
------	---

令和 年 月 請求分

【請求金額内訳】

項目	単 価 (税込)	件数
文書料	1,100円	件
追加検査料	1,650円	件
*****	*****	*****