

治療中患者の診療情報の提供 実施報告書【記入例】

(宛先) 秋田市長

報告日を記載 (毎月10日が報告期限です。)
 ※注 3月分は実際の報告日にかかわらず3月31日としてください。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

健診機関番号

0	5	1						
---	---	---	--	--	--	--	--	--

健診機関住所 秋田市○○○
 健診機関名称 ○○○クリニック
 代表者 院長 ○○ ○○

健診機関番号を記載してください。

代表者印は不要です。

発行責任者 ○○ ○○
 連絡先 ○○○-○○○-○○○○○/電子メール○○@○○○
 担当者 ○○ ○○
 連絡先 ○○○-○○○-○○○○○/電子メール○○@○○○

令和 ○ 年 ○ 月分の治療中患者の診療情報の提供 ○ 件

治療中患者の診療情報の提供 請求書

(宛先) 秋田市長

請求日を記載
 (毎月10日までお願いします。)

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

健診機関番号

0	5	1						
---	---	---	--	--	--	--	--	--

健診機関住所 秋田市○○○
 健診機関名称 ○○○クリニック
 代表者 院長 ○○ ○○

健診機関番号を記載してください。

代表者印は不要です。

発行責任者 ○○ ○○
 連絡先 ○○○-○○○-○○○○○/電子メール○○@○○○
 担当者 ○○ ○○
 連絡先 ○○○-○○○-○○○○○/電子メール○○@○○○

令和 ○ 年 ○ 月分の治療中患者の診療情報の提供にかかる委託料として、次のとおり請求します。

請求金額 9,900 円

【内訳】

治療中患者の診療情報の提供 3 件 × 3,300 円 = 9,900 円

振 込 先	金融機関名	○○銀行	本・支店名	○○支店
	預金種別	普通	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	フリガナ	○○○クリニック	インチョウ	○○○ ○○○○
	口座名義	○○○クリニック	院長	○○ ○○