

治療中患者の診療情報の提供 実施報告書

(宛先) 秋田市長

年 月 日

健診機関番号

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

健診機関住所
健診機関名称
代 表 者

発行責任者
連絡先
担当者
連絡先

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

年 月 日

健診機関番号

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

健診機関住所
健診機関名称
代 表 者

発行責任者
連絡先
担当者
連絡先

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 _____ 円

【内訳】 治療中患者の診療情報の提供 件 × 3,300円 = _____ 円

振 込 先	金融機関名	本・支店名
	預金種別	口座番号
	フリガナ	
	口座名義	