

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 5 年 〇 月 〇 日

健診機関番号

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

健診機関住所 秋田市〇〇〇  
 健診機関名称 〇〇〇クリニック  
 代表者 院長 〇〇 〇〇

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 〇〇 〇〇  
 連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇〇/電子メール〇〇@〇〇〇〇  
 担当者 〇〇 〇〇  
 連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇〇/電子メール〇〇@〇〇〇〇

令和 5 年 〇 月分の治療中患者の診療情報の提供 〇 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 5 年 〇 月 〇 日

健診機関番号

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

健診機関住所 秋田市〇〇〇  
 健診機関名称 〇〇〇クリニック  
 代表者 院長 〇〇 〇〇

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 〇〇 〇〇  
 連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇〇/電子メール〇〇@〇〇〇〇  
 担当者 〇〇 〇〇  
 連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇〇/電子メール〇〇@〇〇〇〇

令和 5 年 〇 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	〇〇銀行	本・支店名	〇〇支店
	預金種別	普通	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	フリガナ	〇〇〇クリニック	インチョウ	〇〇〇 〇〇〇〇
	口座名義	〇〇〇クリニック	院長	〇〇 〇〇