

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。

令和〇年〇月〇日

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

令和〇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。)

令和〇年〇月〇日

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

令和〇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