

治療中患者の診療情報の提供 実施報告書【記入例】

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。

(宛先) 秋田市長

令和 2 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・職・氏名 院長 〇〇 〇〇 印

健診機関番号を記載
してください。

代表者印を押印し
てください

令和 2 年 〇 月分の治療中患者の診療情報の提供 3 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 2 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・職・氏名 院長 〇〇 〇〇 印

健診機関番号を記載
してください。

代表者印を押印し
てください

令和 2 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	
	口座名義 インチョウ 〇〇 〇〇	