

医療機関使用書類

別紙4 (R5.9改)

治療中の方の特定健康診査情報提供料請求書

年 月 日

全国健康保険協会広島支部長 殿

医療機関所在地
医療機関名
代表者 印
登録番号 _____
連絡先 () -

下記の通り請求します。

取引年月日

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

件数	件
請求額 (税込 10%) (3,930 円×消費税×件数) ※令和5年度から単価変更	円 (上記金額のうち、消費税額 _____ 円)

口座振込先

預金口座 銀行
(金融機関名) _____ 金庫
農協 _____ 店

(カナ)
(口座名義人) _____

(口座番号) 普通・当座 _____