様式第11号

委託料請求書

結核患者管理検診における　　　　　　　　殿に対する当該検査の請求は、下記のとおりです。

令和　　年　　月　　日

請求者名（口座の名義人と同じ名称にすること）

印

茨城県知事　　殿

１.検査項目（○をつける）

|  |
| --- |
| 1. 胸部エックス線撮影（フイルム　　　　　型　　　　　枚） 2. 結核菌検査 |

２.委託料の内訳（検査及び診断に係る委託料は健康保険法の規定による算定方法に基づいて算出する。各医療機関の所定の様式の診療明細書（請求者の押印をしたもの）を添付し、省略してもよい。）

|  |  |
| --- | --- |
| 科目・件数・金額等 | 備考 |
|  |  |
| 合　　　　　　　計 |  |

|  |
| --- |
| 口座振替払　　　　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　　　　店  預金種目　（１普通　　　２当座　　　３その他（　　　　　　　　　）　）  口座番号  口座名義　（片仮名書きにして下さい）  （住所）  （電話番号） |