

群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムに係る
保健指導連絡票指示事項記載にかかる費用請求書

令和 年 月 日

(医療保険者名)前橋市 (宛先) 前橋市長
(保険者番号 : 00100016)

登録番号	
住 所	
医療機関番号	
医療機関名	
代表者	⑩
連絡先	() -

下記のとおり請求します。

令和 年 月請求分

件 数 (①) ※内訳は別記のとおり	1 件
指示書作成料単価 (②) 1件当たり2,500円 (税別)	2,500 円
請 求 額 (①×②×消費税10%)	2,750 円
	うち消費税額 250 円

【別記】 件数 (①) の内訳

氏 名	性 別	生年月日

【口座振込先】

金融機関名	
支店等名	
預金種目	
口座番号	
フリガナ	
口座名義人	