

# 特定健診診療情報提供料請求書

(戸田市保険年金課提出用)

保険者番号	1	1	0	2	4	7
-------	---	---	---	---	---	---

(あて先) 戸 田 市 長

請求日	令和			年			月			日
-----	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

医療機関番号										
医療機関住所										
医療機関名										
代表者職・氏名	(印)									
電話番号										

## 【情報提供料】

単価 (消費税及び地方消費税を含む)	件数	合計
2,800 円	件	円

上記金額を下記口座に振り込みください。

金融機関名	銀行・信用金庫・農協									
店名	本店・支店・出張所									
口座種別	普通預金 ・ 当座預金 ・ 貯蓄預金 ・ その他 ( )									
口座番号										
(フリガナ)										
口座名義										

振込先が医療機関名と異なる場合、振込先に提供料の受領権限を委任したものとみなします。

※もう一度ご確認ください。

- 代表者印は押印されていますか。
- 記入内容に、漏れ、誤りなどありませんか。

# 特定健診診療情報提供料請求書

(戸田市保険年金課提出用)

保険者番号	1	1	0	2	4	7
-------	---	---	---	---	---	---

記入例

(あて先) 戸 田 市 長

請求書を送付した日付  
をご記入ください

請求日	令和	6	年	1	月	8	日
-----	----	---	---	---	---	---	---

医療機関番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
医療機関住所	戸田市上戸田1丁目18番1号									
医療機関名	戸田市立病院									
代表者職・氏名	院長 戸田 太郎									
電話番号	048-441-1800									

院長  
戸田  
太郎

## 【情報提供料】

代表者印を押印してください  
朱肉を使う印鑑を使用してください。

単価 (消費税及び地方消費税を含む)	円	件数	円
2,800	円	5 件	14,000 円

上記金額を下記口座に振り込みください。

金融機関名	埼玉りそな							銀行・信用金庫・農協
店名	戸田							本店・支店・出張所
口座種別	普通預金							・ 当座預金 ・ 貯蓄預金 ・ その他 ( )
口座番号	1	2	3	4	5	6	7	
(フリガナ)	トダシリツビョウイン インチョウ トダタロウ							
口座名義	戸田市立病院 院長 戸田太郎							

振込先が医療機関名と異なる場合、振込先に提供料の受領権限を委任したものとみなします。

※もう一度ご確認ください。

- 代表者印は押印されていますか。
- 記入内容に、漏れ、誤りなどありませんか。