

## 春日市一般健康診査委託料請求書(兼実施報告書)

(令和 年 月分)

令和 年 月 日

(宛先)

春日市長

(実施機関)

医療機関名

医療機関所在地

電話番号

代表者氏名

印

次のとおり、春日市一般健康診査をを裏面の対象者へ実施しましたので、委託契約書に基づき委託料を請求します。 ※裏面も必ず記載してください。

健診の種類・区分等		単価(消費税込み)	人数	金額
自己負担金徴収者	料金区分:A	円	人	円
自己負担金免除者	料金区分:B	円	人	円
	料金区分:D	円	人	円
項目 詳細な 健診の	貧血検査	円	人	円
	安静時心電図検査	円	人	円
	眼底検査	円	人	円
請求金額 合計				円

## 【添付書類】

1 市民健康診査受診資格等調査同意書(使用した場合のみ)

※個別検診受診券は本人へお返してください。また、写しは不要です。

※データ回収業者がSRLの場合、特定健診と同様に提出してください。市に提出は不要です。

SRL以外の場合は健康課へご一報ください。

振込先	銀行		支店
	フリガナ	口座種別	普通・当座
	口座名義	口座番号	

※ 請求書は、健診実施月の翌月20日までに健康課へ提出をお願いします。

※ クリーン・エネ・パーク南部健診の請求書は、別様式となっていますのでご注意ください。

※ この請求書は、適宜両面コピーして使用してください。

## 春日市一般健康診査 受診者名簿

☆受診者氏名等を記入し、健診の区分と詳細な健診の項目で実施したものにチェックを付けてください。

No	整理番号	生年月日	健診の区分		詳細な健診の項目
	氏名				
1		大・昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> A区分 <input type="checkbox"/> B区分	<input type="checkbox"/> D区分	<input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 眼底
2		大・昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> A区分 <input type="checkbox"/> B区分	<input type="checkbox"/> D区分	<input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 眼底
3		大・昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> A区分 <input type="checkbox"/> B区分	<input type="checkbox"/> D区分	<input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 眼底
4		大・昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> A区分 <input type="checkbox"/> B区分	<input type="checkbox"/> D区分	<input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 眼底
5		大・昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> A区分 <input type="checkbox"/> B区分	<input type="checkbox"/> D区分	<input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 眼底
6		大・昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> A区分 <input type="checkbox"/> B区分	<input type="checkbox"/> D区分	<input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 眼底
7		大・昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> A区分 <input type="checkbox"/> B区分	<input type="checkbox"/> D区分	<input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 眼底
8		大・昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> A区分 <input type="checkbox"/> B区分	<input type="checkbox"/> D区分	<input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 眼底
9		大・昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> A区分 <input type="checkbox"/> B区分	<input type="checkbox"/> D区分	<input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 眼底
10		大正・昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> A区分 <input type="checkbox"/> B区分	<input type="checkbox"/> D区分	<input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 眼底