

例

等検診実施報告書

請求金額は契約単価に基づいて計算してください。

目次の欄に○印をつけてください。*はフィルムサ

登録番号	検診年月日	受診者名	初診料 (診察)	菌検査	ツ反	IGRA	*胸部 単純撮 影*	請求金額計
	R6.●.●	●● ●●●	○			○	○大角1枚	13,420
	R6.●.●	●● ●●●	○	○			○画像記 録用 半切1枚	10,604
	R6.●.●	●● ●●●	○		○		○画像記 録用 CD-R	7,656
計								31,680

記載内容が上と同じでも『//』は使用しないでください。

画像記録用フィルム（デジタルデータ）の場合は、『画像記録用』と記入して、記録媒体の種類を記載してください。

報告者の記名・押印は当年度の委託契約書の受注者欄と同じになります。記名・押印の前に必ずご確認ください。

押印省略、下記の担当者、電話を記入してください。

上記のとおり報告します。

(委託医療機関名)

住所 鹿児島市○○町○○-○○
医療法人●●会●●病院
氏名 理事長 鹿児島 ●●

令和 年 月 日

印

鹿児島市長 下 鶴 隆 央 殿

押印を省略する場合は、記入してください。

(担当者:氏名 鹿児島 △△ 電話 099-123-4567)

(注意)委託医療機関名の記名・押印は委託契約書の受注者欄及び請求書と同じになります。

受付印	確
押印を省略する場合、担当者名（フルネーム）と電話番号を記入してください。	