

年 月 日

治療中患者情報提供料請求書

大津市

外18保険者様

住 所

医療機関番号

医療機関名

代 表 者

⑨

下記のとおり、 年(月分)の治療中患者情報提供料を請求いたします。

単 価 (消費税別)	3,000 円
件 数	件
金 額 (消費税別) ^(a)	円
税 額 ^(b)	円
総 額 ^{(a)+(b)}	円

※請求書は、月毎にまとめ、治療中患者情報提供票(原本)を添付のうえ、毎月5日(5日が土・日・祝日の場合はその翌日)までに、滋賀県国民健康保険団体連合会へ送付してください。

送付先：滋賀県国民健康保険団体連合会

〒520-0043 大津市中央4丁目5-9 / TEL 077-522-2960

(2019.4改訂)