

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

㊞

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 (消費税込)	件 数	金 額
3,240 円	件	円

※請求書は、治療中患者情報提供票（原本）と受診券（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 / TEL077-522-2960