

# 受診券・保健カードによる結核検診請求書

平成	年度
一般会計	
(款) 保健福祉費	
(項) 健康安全費	
(目) 感染症対策費	
(節) 委託料	

金 円 也

〔 ただし、平成 年 月 分保健  
カードによる結核健康診断に要した費用 〕

	件数	金額	摘要
実 人 員			
初診料	加算のないもの		
	6才未満加算		
ツベルクリン反応検査			
エ ッ ク ス 線 検 査	間 接 撮 影		
	直 接 撮 影	大 角	
		大 4 ッ 切	
	4 ッ 切		
	断 層 撮 影		
特 殊 撮 影			
電 子 媒 体 保 存			
Q F T 検 査 (クオンティフェロン検査)			
喀痰 検査	塗 沫		
	培 養		
指 導 料			
冬 期 療 養 担 当 手 当			
そ の 他			
金 額 小 計			
消 費 税 等 相 当 額			
合 計			

振込先金融機関名	本店・支店
預金種別	普通預金・当座預金
口座番号	
(ふりがな) 口座名義人	
電話番号	

上記のとおり請求する。

平成 年 月 日 医療機関の所在地及び名称  
開設者(管理者)氏名

北海道日高振興局長 様

印