「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムに係る保健指導連絡票指示事項記載にかかる費用請求書」
記載要領及び注意事項

群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムに係る
保健指導連絡票指示事項記載にかかる費用請求書

（記載例）

（元号）　　年　　月　　日

（医療保険者名）　　（代表者名）　殿

（ 保険者番号 :　　）

住所
医療機関番号
医療機関名
代表者　　㊞
連絡先　（　　）　　－

下記のとおり請求します。

（元号）　　年　　月請求分

件　　数　（①） ※内訳は別記のとおり	件
指示書作成料単価 1件当たり2,500円（税別）　（②）	2,500　円
請　求　額 （①×②×消費税（1.1）） ※消費税額及び地方消費税額を含む	0　円

【別記】　件数（①）の内訳

氏名	性別	生年月日

【口座振込先】

金融機関名	
支店等名	
預金種目	
口座番号	
フリガナ	
口座名義人	

紙に直接記入される場合は、消えないボールペン等でお願いします。

請求書を作成した年月日を記入

医療保険者名・代表者名・保険者番号を記入

住所・医療機関番号・医療機関名・代表者・捺印・連絡先の確認

請求年月を記入
例：医療保険者に5月に請求する場合は「〇〇年5月」と記載

作成した指示書の件数を記入

件数（①）、1件当たり単価（②）及び消費税（1.1）を乗じた合計金額
※件数を入力すると、請求額欄は自動計算

件数（①）の内訳を記載。マイナ保険証等から「氏名」「性別」「生年月日」を転記

指示書作成料の振込先口座情報を記入
※「預金種目」欄は、プルダウンメニュー（普通・当座・その他）より選択