

(別紙3)

特定健康診査情報提供委託料請求書

令和 年 月 日

北海道国民健康保険団体連合会 様

住 所

健診機関番号

健診機関名

代 表 者

印

請求金額	円
------	---

令和 年 月請求分

【請求内訳】

項 目	単 価	件 数
情報提供票	3,000円	件

請求担当者名

連絡先電話番号