

特定健康診査情報提供料請求書

令和 年 月 日

北海道国民健康保険団体連合会 様

住 所

医療機関番号

医療機関名

代 表 者

印

インボイス番号

請求金額 (税込)

円

令和 年 月請求分

【請求内訳】

項目	単価 (税込)	件数	金額
情報提供料	3,000円	件	円
		うち消費税額 (課税10%)	円

請求担当者名

連絡先電話番号