

結核患者管理検診  
接触者健康診断

診療報酬請求明細書

令和元年10月 改訂

年 月 日

(あて先) 川 崎 市 長

医療機関所在地

名 称

開設者又は医師の氏名

印

受診票号	川崎市保健所	支所	第	号
受診者名			男・女	満 歳
初診日	年 月 日		診療実日数	日
再診日	年 月 日	年 月 日		年 月 日
項 目	点 数		摘 要	
初 診 料		点	塗 抹 点 培 養 点 微生物学的判断料 ※検体管理加算(I) 点	
再 診 料		点		
ツベルクリン反応検査		点		
胸部X線直接撮影		点		
インターフェロンγ遊離試験		点		
喀 痰 検 査		点		
		点		
		点		
		点	川崎市記入欄	
(1) 合 計 点 数		点	※	点
(2) 健診に要した費用 (1)×10円		円	※	円
(3) 消費税及び地方消費税 (2)×消費税率 ※ 1円未満切捨て		円	※	円
(4) 請 求 額 (2)+(3)		円	※	円

※印の箇所は記入しないこと。

本請求書に「請求書・支払金口座振替依頼書」、「受診結果票」を添付のうえ、翌月10日までに依頼元の保健所支所へ提出のこと。