

記載例

公害健康被害の補償等に関する

忘れずに記入してください

に係る医学的検査料報告書兼請求書

検査月ごとに請求書
を作成してください

令和〇年〇月検査分

金 23,842 円

内 訳

区分	検査項目	単価	件数	金額
	①経皮的動脈血酸素飽和度(SpO ₂)	577円	1 件	577 円
	②呼吸機能検査(FVあり)	5,445円	1 件	5,445 円
	③胸部レントゲン(2方向)	3,945円	1 件	3,945 円
	④心電図	2,145円	1 件	2,145 円
	再診料	2,029円	1 件	2,029 円
等級見直し	①経皮的動脈血酸素飽和度(SpO ₂)	577円	件	円
	②呼吸機能検査	3,795円	件	円
	【該当者のみ実施】 ③胸部レントゲン(2方向)	3,945円	件	円
	【該当者のみ実施】 ④心電図	2,145円	件	円
	計		7 件	23,842 円

上記のとおり報告・請求する。

令和〇年〇月〇日

(先) 千葉市長

忘れずに記入してください

医療機関情報はあらかじめ提出いただいた、「振込
先口座登録用紙」と同じものを記入押印してください

医療機関所在地

千葉市中央区千葉港1-1

名 称 医療法人社団〇〇会〇〇病院

開設者の氏名

理事長 〇〇 〇〇

又は名称

職名も必ずご記入下さい

印

確認チェックリスト

<input type="checkbox"/>	様式（F Vあり/F Vなし）	フローボリューム曲線（F V）が必要な場合と不要な場合で様式が異なります。 【フローボリューム曲線が必要な条件】 以下①、②どちらにも当てはまること ① 認定更新 ② 慢性気管支炎・肺気腫のいずれかを発症している
<input type="checkbox"/>	検査月	医学的検査結果報告書に記入されている検査年月日を基準に請求書を作成してください。
<input type="checkbox"/>	件数・金額	件数・金額に誤りがないことを確認してください。 件数・金額欄は訂正不可のため、誤記入した場合、再度請求書を作成してください。
<input type="checkbox"/>	医療機関情報	医療機関情報はあらかじめ提出いただいた、「振込先口座登録用紙」と同じものを記入押印してください。 【よくある誤り】 <ul style="list-style-type: none">・医療機関名称：医療法人社団〇〇会 の記入漏れ・開設者の名称：理事長・院長 など職名の記入漏れ・印：振込先口座登録用紙と違うもので押印
<input type="checkbox"/>	日付	記入日
<input type="checkbox"/>	記入漏れ	記入・押印漏れがないかご確認お願い致します。
<input type="checkbox"/>	医学的検査結果報告書の添付	原則、原本を添付してください。 検査を2つの医療機関で分けて実施する場合、先に検査した医療機関については、報告書の写しを添付してください。

【その他留意点】

- ・医学的検査結果報告書・医学的検査料報告書兼請求書は事前に被認定者様に送付しております。原則、被認定者様がお持ちになられた請求書類をご使用ください。
- ・医学的検査は依頼した検査項目のみを実施してください。依頼項目以外の検査を実施いただいても検査料のお支払いはできません。
- ・医学的検査料報告書兼請求書は原則訂正不可です。訂正等で新しい請求書類が必要な場合には千葉市ホームページから様式を適宜印刷の上、ご提出ください。
- ・記入誤り・記入漏れがあった場合、請求書再提出をお願いする場合があります。検査料の振込が遅延する可能性があるので、あらかじめご了承ください。