

(様式 5)

請 求 書

年 月 日

殿

下記の金額をご請求申し上げますので、よろしくお願いいたします。

金額 _____ 円

患者氏名

項 目	単価	枚数	金額
カルテ複写(検査データ含)	1枚 : 税込 円		
CD-R代(画像取込用)	1枚 : 税込 円		
CR画像(一般撮影)	1ファイル : 税込 円		
CT画像	1ファイル : 税込 円		
MR画像	1ファイル : 税込 円		
エコー画像	1ファイル : 税込 円		
①口頭による説明	1件 : 税込 円		
②要約書での提供	1件 : 税込 円		
開示手数料	1件 : 税込 円		
小計	—		
開示実施手数料	手数料の額 (下記参照)		
送料	郵送の場合(別途必要)		
請求額合計	—		

※開示実施手数料は合計額が330円以下の場合は無料とします。

また、合計額が330円を超える場合は合計額から330円を引いた額とします。

[振込先]

独立行政法人 地域医療機能推進機構 大阪病院

三井住友銀行 西野田支店

院長 西田 俊朗

(普)2877330

〒553-0003

独立行政法人 地域医療機能推進機構大阪病院

大阪市福島区福島4丁目2番78号

TEL (06)6441-5451