

様式18号

ピロリ菌検査料請求内訳

金 _____ 円也

ただし、令和6年度 月分ピロリ菌検査料として

内 訳		件 数	単 価	金 額
検査料	尿素呼気試験検査	件	7,995円	円
合 計		件		円
添付資料	請求明細一覧表（様式19号）			

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

別府市医師会長 岡 田 豊 和 殿

実施医療機関名

_____ 印

- ・実施医療機関で作成して、医師会に1部提出する。