

実施者名簿

【様式2】

医療機関名

_____)
医療機関コード()

_____ 月分 _____ 件

No.	市 町 名	名 前	受診券 整理番号	被保険者証 記号番号	下欄に示された市町のうち、 追加検査を行った場合に○	
					血清 クレアチニン	HbA1c
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

追加検査を実施のうえ費用請求が可能な市町と項目
七尾市、白山市、野々市市、かほく市、内灘町、川北町、宝達志水町、穴水町 : 血清クレアチニン、HbA1c

翌月5日までに様式1を添付の上、石川県医師会臨床検査センターへご提出ください。

(住所: 〒920-0061 金沢市問屋町1丁目66番地 電話:(076)239-3830)