

# 注 文 書

年 月 日

いわて医師協同組合 行き

住 所 \_\_\_\_\_

医院名 \_\_\_\_\_

TEL (            ) \_\_\_\_\_

No.	種 別	綴 枚 数	単 価	冊 数	金 額
1	医 保 カ ル テ B5	100枚	282		
2	医 保 カ ル テ 2号 (半空) B5	50枚	227		
3	〃 〃 (全線) B5	50枚	227		
4	〃 〃 (全空) B5	50枚	227		
5	国 保 カ ル テ B5	100枚	282		
101	医 保 カ ル テ A4	100枚	364		
102	医 保 カ ル テ 2号 (半空) A4	50枚	264		
103	〃 〃 (全線) A4	50枚	264		
104	〃 〃 (全空) A4	50枚	264		
105	国 保 カ ル テ A4	100枚	364		
106	社 保 請 求 書 入 院	2枚組20組	236		
107	社 保 請 求 書 外 来	2枚組25組	173		
◎ 177	国 保 請 求 書	2枚組25組	300		
◎ 178	国 保 総 括 票	15枚	273		
◎ 179	後 期 高 齢 者 医 療 請 求 書	50枚	255		
◎ 180	後 期 高 齢 者 医 療 総 括 票	15枚	273		
171	診 療 報 酬 明 細 書 入 院	100枚	545		
172	診 療 報 酬 明 細 書 外 来	100枚	255		
173	診 療 情 報 提 供 書 B4	複写25枚組	536		
112	御 紹 介 A5	複写25枚組	200		
174	診 療 情 報 提 供 書 A4	複写25枚組	364		
175	中 絶 報 告 書	20枚	191		
176	中 絶 報 告 票	50枚	236		
115	学 校 伝 染 病 証 明 書	複写25枚組	264		
◎ 120	訪 問 看 護 療 養 費 請 求 書	15枚	300		
◎ 210	後 期 高 齢 者 医 療 訪 問 看 護 療 養 費 請 求 書	15枚	300		
130	処 方 せ ん	100枚	291		
140	一 般 診 断 書	複写50枚組	509		
141	死 亡 診 断 書	複写50枚組	818		
150	領 収 証	複写50枚組	455		
170	【旧様式】国 保 請 求 書	2枚組25組	109		
109	【旧様式】国 保 総 括 票	15枚	127		
200	【旧様式】後 期 高 齢 者 医 療 請 求 書	50枚	100		
201	【旧様式】後 期 高 齢 者 医 療 総 括 票	15枚	127		
116	県 単 分 ・ 複 写 診 療 報 酬 明 細 書 入 院	複写25枚組	—		
117	県 単 分 ・ 複 写 診 療 報 酬 明 細 書 外 来	複写25枚組	—		
160	医 療 費 助 成 事 業 市 町 村 別 送 付 書	50枚	—		
161	医 療 費 助 成 事 業 提 出 総 括 票	25枚	—		
162	連 名 簿	50枚	—		

上記価格は消費税が含まれておりません。別途消費税を頂戴いたします。

いずれかに○を、お願いします。

商品を 送ってください。(送料を頂戴致します。)

取りに行きます。⇒ 取り置き期間は1週間です。

いわて医師協同組合

盛岡市菜園2丁目8番20号

TEL 019-626-3880

FAX 019-626-3883

フリーダイヤル 0120-054-222