

眼科

先生侍史

いつもお世話になっております。

さて、松原市特定健診において、医師が必要と認める方の眼底検査依頼状を作成いたしました。今後、この用紙を用いてご依頼させていただきたいと存じます。

眼底検査の費用ですが、貴院受診の患者様を月単位で、患者様名と合計人数を明記の上、費用の請求を当院に FAX 送信をお願い致します。

お支払い方法ですが、月末締の翌月末支払いでお振り込みとさせていただきます。

つきましては、お振込み先を記入していただき返信用封筒で返信いただければ幸いです。

今後とも宜しくお願い致します。

年 月 日

医院名

医師名

所在地

電話

F A X

※参考：令和 7 年度特定健康診査における眼底検査料は、2,002 円

【振込口座情報】

金融機関名称	銀行	支店
預金種目 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座
口座番号		
(フリガナ)		
口座名義人		