

(別紙様式2)

病床数が200床以上の病院について受けた  
初診・再診の実施(変更)報告書

上記について報告します。  
平成 年 月 日

保険医療機関の  
所在地及び名称  
開設者名

㊞

殿

(実施日・変更日 年 月 日)

区 分	徴 収 額
初 診	円
再 診	

注 初診又は再診のいずれか該当する方に○をつけること。