



(公印省略)

30地保第 64 号

平成31年1月4日

一般社団法人 小郡三井医師会 御中

久留米市長 大久保 勉

(健康福祉部 保健所地域保健課)

(健康福祉部 健康保険課)

平成30年度 慢性腎臓病(CKD)2次検査実施事業の見積書の提出について(お願い)

新春の候、貴職おかれましては、ますますご壮健のこととお慶び申し上げます。また、平素より久留米市国民健康保険事業に対しまして格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、先般ご案内しておりました慢性腎臓病(CKD)2次検査実施事業につきまして、次の要領にて別紙『見積書』の提出をお願いいたします。

【見積書提出要領】

- ① 枠で囲んでいる所に医師会様の名称・所在地・会長名をご記入下さい(ゴム印可)。
- ② 会長印を捺印下さい。
- ③ 同封しております返信用の封筒にて送付して下さい。

お忙しいところ、申し訳ありませんが、1月15日(火)までにご提出いただきますよう、お願いいたします。

なお、検査費用の請求・支払いにつきましては、直接市と実施医療機関様との間で行いますので、医師会様におかれましては実質的な事務負担等は発生いたしません。

何卒ご理解・ご協力をよろしくお願いいたします。

久留米市 健康福祉部 保健所 地域保健課

地域保健チーム：伊藤、西谷

Tel：(0942)30-9033/Fax：(0942)30-9833

〒830-0022 久留米市城南町 15-5

記入要領

見 積 書

記入不要です

平成 年 月 日

久 留 米 市 長 殿

代表者印（医療法人・NPO
法人は理事長印）を押印

必ずご記入下さい
（ゴム印可）

名 称

所 在 地

代表者名

印

平成30年度慢性腎臓病（CKD）2次検査実施業務について、下記のとおり見積りいたします。

1件あたり委託料単価

円

上記金額には、消費税及び地方消費税が含まれていません。

「5,080円」とご記入ください。

・積算の中に、検査費用 1,960 円、初診料 2,820 円、諸費用 300 円
自己負担額 500 円を含んでおります。