

様

独立行政法人国立病院機構 村山医療センター

ID

開示に伴う諸費用について

下記のとおり手数料がかかりますのでご了承ください。

なお、お支払いは、現金もしくは銀行振込でお支払いください。

1 開示請求手数料	300円	300円
2 開示実施手数料	下記の各々の額の合計から300円を差し引いた額	合計 円 円-300円= 円
閲覧	100枚までごとに100円	
レントゲンフィルムの閲覧	1枚につき100円に12枚までごとに750円を加えた額	枚数 × 100円+ / 12 (端数切上) × 750円 円
診療録等のコピー	用紙1枚につき20円 (A2版については60円、A1版については120円)	枚数 × 20円= 円
レントゲンフィルムのコピー	1枚につき大きさにより下記の額 半切(縦430mm×横350mm) 900円 大角(縦350mm×横350mm) 800円 大四切(縦356mm×横279mm) 700円	枚数 × 900円= 円 × 800円= 円 × 700円= 円 × 1000円= 円
CD		
3 医師の口頭説明	説明時間1時間につき11,000円 1時間を越える場合、30分ごとに5,500円加算	
4 要約書の料金	1件につき5,000円	
5 その他		円
合計		円

振込口座名 みずほ銀行 立川支店 普通 8151340

口座名義人 独立行政法人 国立病院機構 村山医療センター 院長 朝妻 孝仁
口座名義フリガナ ムラヤマイリョウセンター