

健康診査業務委託料請求書 (胃・肺・大腸・前立腺がん検診分)

年 月 日

(宛先) 周南市長

(請求者) 医療機関所在地
 法人名
 医療機関名
 代表者名(肩書・氏名)

印

※代表者印を省略される場合は、下部の担当者及び連絡先欄の記載が必要です。

請求金額 **円**

(内訳明細)

検診種別	種類	件数	単価(円)	請求金額(円)	
胃がん検診	①レントゲン撮影	自己負担あり	13,088		
		70歳以上/ 市民税非課税世帯	15,588		
		生活保護世帯	16,088		
	②内視鏡	自己負担あり		11,237	
		70歳以上/ 市民税非課税世帯		15,137	
		生活保護世帯		15,637	
肺がん・結核検診	①読影のみ	自己負担あり		4,662	
		70歳以上/ 市民税非課税世帯		5,262	
		生活保護世帯		5,762	
	②読影+喀痰	自己負担あり		7,082	
		70歳以上/ 市民税非課税世帯		8,782	
		生活保護世帯		9,282	
大腸がん検診	自己負担あり		1,941		
	70歳以上/ 市民税非課税世帯		2,041		
	生活保護世帯		2,541		
	節目年齢		2,541		
前立腺がん検診	自己負担あり		1,855		
	70歳以上/ 市民税非課税世帯		2,855		
	生活保護世帯		3,355		
計					

_____月実施分について、上記のとおり請求します。

(注意)

- ・ 請求内容を訂正する場合は、代表者印の押印または請求者による訂正署名が必要です。
 (砂消ゴムや修正液等で修正しないでください)
- ・ **金額の訂正はできませんので再作成してください。**
- ・ **貴院が記入した内容と市が確認した内容が異なった場合、訂正した内容を記入してお返ししますので、再度ご提出ください**

担当者及び連絡先

担当者名 :	(連絡先 : _____)
--------	----------------

R7.6~