

健康診査業務委託料請求書 (子宮・乳がん検診分)

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)
子宮がん検診	頸部	自己負担あり	5,886	
		70歳以上/ 市民税非課税世帯	7,486	
		生活保護世帯	7,986	
	頸部+体部	自己負担あり	8,616	
		70歳以上/ 市民税非課税世帯	11,116	
		生活保護世帯	11,616	
乳がん検診	マンモグラフィ	自己負担あり	7,793	
		70歳以上/ 市民税非課税世帯	8,993	
		生活保護世帯	9,493	
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。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~