

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	読影検査	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	
大腸がん検診	読影検査	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	読影検査	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。再度ご提出ください

担当者及び連絡先

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

R8.6~