

# 健康診査業務委託料請求書 (肝炎ウイルス検査分)

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)
肝炎ウイルス検診	基本型 節目年齢 (40歳以上5歳刻み)		6,206	
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 ※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。

担当者名 :

(連絡先 :

)

R8.6~