

大腸がん検診委託料請求書

請求金額			百			千			円

令和 年 月分 大腸がん検診委託料を上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

(宛先) 旭川市長

住 所

検診実施医療機関

名 称

氏 名



請求内訳

種 別		健康保健部関係分			旭川市国民健康保険関係分			計
		単 価	件 数	金 額	単 価	件 数	金 額	
自己負担 徴収者	旭川市国保	3,467			800			
	そ の 他	3,967						
自己負担免除者		4,567						
合 計								

振込金融 機関名			銀 行 ・ 信用組合			本店
			信用金庫・			支店
口座番号	普 当		振込口座氏名	フリガナ		

注意:請求書は翌月15日までに提出してください。