

ピロリ菌検査委託料請求書

請求金額	円
------	---

令和 年 月分 ピロリ菌検査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

検査実施医療機関

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	旭川市の国保加入者 (特定健診追加検査)			2,066			
	20歳の旭川市民	2,341					
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。