

胃がん検診委託料請求書

令和 年 月 15 日

(宛先) 旭川市長

住 所

検査実施医療機関 名 称

氏 名

※押印を省略する場合は以下の項目を記入してください。

担当者氏名	
連絡先TEL	

令和 年 月分 胃がん検診委託料を次のとおり請求します。

請求金額			百			千			円
------	--	--	---	--	--	---	--	--	---

(金額の頭に¥を記入)

請求内訳

種 別	健幸保健部関係分			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	
胃内視鏡検査	検査+ダブルチェック	旭川市国民健康保険 (70歳未満)	14,136		3,200		
		旭川市国保以外の健康保険 (70歳未満)	14,136				
		自己負担免除者	17,336				
		計					
	検査のみ	旭川市国民健康保険 (70歳未満)	13,047		3,200		
		旭川市国保以外の健康保険 (70歳未満)	13,047				
		自己負担免除者	16,247				
		計					
	ダブルチェックのみ (他院チェック分)		1,089				
	合 計 ①						
胃部X線検査	旭川市国民健康保険 (70歳未満)	4,296		500			
	旭川市国保以外の健康保険 (70歳未満)	4,296					
	自己負担免除者	4,796					
	計 ②						
総合計(①+②)							

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 (カタカナ)		

- 【注意】 1 請求書は翌月15日までに提出してください。
2 70歳以上は「自己負担免除者」として人数を計上してください。