

乳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 乳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	
マンモグラフィ1方向	旭川市国民健康保険(70歳未満)		6,784	900			
	旭川市国民健康保険以外の健康保険(70歳未満)		6,784				
	自己負担免除者		7,684				
	計						
マンモグラフィ2方向	旭川市国民健康保険(70歳未満)		5,130	700			
	旭川市国民健康保険以外の健康保険(70歳未満)		5,130				
	自己負担免除者		5,830				
	計						
マンモグラフィダブルチェック		1,082					
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(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。