

ピロリ菌検査委託料請求書

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 ピロリ菌検査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	
35.40.45.50.55.60.65.70歳になる旭川市国保加入者 (特定健診追加検査)	/			2,676			
20歳	旭川市国民健康保険	2,451		500			
	旭川市国保以外の健康保険	2,451		/			
	自己負担免除者	2,951		/			
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 特定健診追加検査分(20歳以外)はすべて旭川市国民健康保険関係分となります。