

子宮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 子宮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	
頸部のみ	旭川市国民健康保険 (70歳未満)		5,642	700			
	旭川市国保以外の健康保 険(70歳未満)		5,642				
	自己負担免除者		6,342				
	計						
頸部+体部	旭川市国民健康保険 (70歳未満)		8,694	1,200			
	旭川市国保以外の健康保 険(70歳未満)		8,694				
	自己負担免除者		9,894				
	計						
小 計 ①							
HPV検査	旭川市国民健康保険 (70歳未満)		5,660	500			
	旭川市国保以外の健康保 険(70歳未満)		5,660				
	自己負担免除者		6,160				
	計 ②						
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。