

乳がん検診委託料請求書

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

令和 年 月分 乳がん検診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
検診実施医療機関 名 称
氏 名

(印)

請求内訳

種 別			保 健 所 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(2方向)	自己負担 徴収者	旭川市国保	6,674			600			
		その他	6,674						
	自己負担免除者		7,574						
	計								
マンモグラフィ(1方向)	自己負担 徴収者	旭川市国保	5,020			400			
		その他	5,020						
	自己負担免除者		5,720						
	計								
合 計									

振込金融機関名		銀 行 信用金庫	本店 支店
口座番号	普 当	振込口座氏名	

注意: 請求書は翌月15日までに提出してください。