

子宮がん検診委託料請求書

請求金額			百			千			円

令和 年 月分 子宮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
旭川市
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	
頸部細胞診	自己負担徴収者	旭川市国保	4,632		1,300		
		その他	5,532				
	自己負担免除者		6,232				
	計						
頸部・体部細胞診	自己負担徴収者	旭川市国保	7,484		2,000		
		その他	8,584				
	自己負担免除者		9,784				
	計						
小計							
HPV検査	自己負担徴収者	旭川市国保	4,450		1,300		
		その他	5,550				
	自己負担免除者		6,050				
	計						
合計							

振込金融機関名		銀行	本店
		信用金庫	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。