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
検診実施医療機関　名　称
氏　名

印

請求内訳

種別			健康保健部関係分			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	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	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	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・信用組合 信用金庫・		本店 支店
口座番号	普 当	振込口座氏名	フリガナ	

注意：請求書は翌月15日までに提出してください。