

松阪市 がん検診・肝炎ウイルス検診 請求書 (医療機関請求用)

R8

令和 年 月 日 (月 実施分)

松阪市長 様

所在地
 医療機関 名称
 役職名・代表者名
 電話番号
 登録番号

健康増進法等によるがん検診と肝炎ウイルス検診を下記のとおり実施しましたので請求します。

検診項目	自己負担	委託料	× 件数	= 金額
胃がん (胃部レントゲン)	有 自己負担額 2,000円	10,911 円	件	円
	無	12,911 円	件	円
	50歳 限定優待	12,911 円	件	円
胃がん (内視鏡)	有 自己負担額 3,500円	12,238円	件	円
	無	15,738円	件	円
	50歳 限定優待	15,738 円	件	円
肺がん (読影)	有 自己負担額 600円	2,840円	件	円
	無	3,440円	件	円
	40歳 限定優待	3,440円	件	円
大腸がん	有 自己負担額 600円	3,940円	件	円
	無	4,540円	件	円
	40歳 限定優待	4,540円	件	円

検診項目	自己負担	委託料	× 件数	= 金額
前立腺 がん	有 自己負担額 1,600円	1,785円	件	円
	無	3,385円	件	円
子宮頸 がん	有 自己負担額 1,300円	5,957円	件	円
	無	7,257円	件	円
	40歳 限定優待	7,257円	件	円
乳がん (マンモグラフィ)	有 自己負担額 1,500円	6,494円	件	円
	無	7,994円	件	円
	40歳 無料クーポン	7,994円	件	円
肝炎 ウイルス	無	4,708円	件	円

合計	円
内消費税 (10%)	円

振込先について、該当する口に必ずチェックをお願いします。
 今年度がん検診を初めて請求(振込先をご記入ください) 変更あり(振込先をご記入ください) 変更なし

銀行名 _____ 銀行・JA・信用金庫 _____ 支店名 _____ 本店・支店・出張所 _____ 普通・当座 _____
 口座番号 _____

フリガナ _____
 口座名義 _____

市検収

※締め切り:各月10日(土・日・祝日と重なる場合翌開庁日)必着
 ※件数や金額にかかる欄は必ず全てご記入ください。(実施無しの場合は空白)
 件数、金額、合計金額に訂正が必要な場合は、お手数ですが書き直してください。