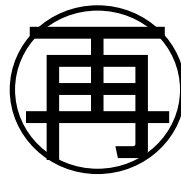


松阪市子宮頸がん検診再検診用 請求書（医療機関請求用）



令和 年 月 日（ 月 実施分）

松阪市長 様

医療機関
所在地
名称
役職名・代表者名
電話番号
登録番号

松阪市の実施する子宮頸がん検診において、当年度に「判定不能」となった方について再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	委託料 × 件数 = 金額
子宮頸がん再検診	4, 270円 × 件= 円
合計	円
内消費税（10％）	円

※ 当年度に限り、判定不能者に対し1回限りの再検査のみ請求できます。
※ 結果票を添付してください。

市 検 収	
-------------	--