

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)

R7

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				
	無	12,911円				
	50歳 限定優待	12,911円				
胃がん (内視鏡)	有 自己負担額 3,500円	12,238円				
	無	15,738円				
	50歳 限定優待	15,738円				
肺がん (読影)	有 自己負担額 600円	2,840円				
	無	3,440円				
	40歳 限定優待	3,440円				
肺がん (読影+喀痰)	有 自己負担額 1,300円	5,957円				
	無	7,257円				
	40歳 限定優待	7,257円				
大腸がん	有 自己負担額 600円	3,940円				
	無	4,540円				
	40歳 限定優待	4,540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				
	無	3,385円				
子宮頸 がん	有 自己負担額 1,300円	5,957円				
	無	7,257円				
	40歳 限定優待	7,257円				
	20歳 無料クーポン	7,257円				
乳がん (マンモグラフィ)	有 自己負担額 1,500円	6,494円				
	無	7,994円				
	40歳 無料クーポン	7,994円				
肝炎 ウイルス	無	4,708円				

合 計	
内消費税 (10%)	

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 ・ J A ・ 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）の17時15分必着
※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。