

請 求 書

(申請先) 新座市長 宛

令和 年 月 日

令和 年 月実施分

医療機関名

がん個別検診委託料を下記
のとおり請求します。

住 所

施 設 長

電 話 番 号

請求金額	千万	百万	十万	万	千	百	十	円

※金額欄は、頭部に¥を記入してください。

内 訳	区 分		単 価 (円)	件 数 (件)	金 額 (円)
	胃がん検診	エ ッ ク ス 線		16,500	
内 視 鏡			17,050		
子宮頸がん検診			7,150		
乳がん検診	1 方 向		7,370		
	2 方 向		9,350		
肺がん検診	エ ッ ク ス 線		1,915		
大腸がん検診			3,100		

振 込 先 口 座

振込先金融機関名	口 座 番 号	口座振込名義人(カタカナで記入)
銀行・農協 信用金庫	普 通 ・ 当 座	
本店・支店 出張所	No.	