

(様式5号)

大腸がん検診委託料請求書 (兼実施報告書)

(年 月 分)

区 分	人 員	年度単価	金 額
有 料 者	人	4,842 円	円
受 診 者 区 分	後期高齢者医療 被保険者	5,092 円	円
	生活保護世帯に 属する者		
	市民税非課税世 帯に属する者		
合 計	人		円

健康手帳交付数	冊	備 考	
---------	---	-----	--

大腸がん検診を別紙のとおり実施しましたので、委託契約書に基づき委託料について上記のとおり請求します。

年 月 日

医療機関コード

医療機関所在地

名 称

(TEL)

代表者

大 牟 田 市 長 殿