

(様式7号)

胃内視鏡検診委託料請求書（兼実施報告書）

(年 月 分)

区 分		人 員	年度単価	金 額
有 料 者		人	15,000円	円
減 免 者	受 診 者 区 分	後期高齢者医療 被保険者	16,250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		
		小計		
合 計		人		円

健康手帳交付数	冊	備 考	
---------	---	-----	--

胃がん内視鏡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