

令和8年度 大腸がん検診委託料請求書(兼報告書)

令和 年 月 日

光 市 長 様

医療機関所在地
名 称
氏 名

金 円也

令和8年度 6月～8月分 9月～11月分 12月～2月分 を上記のとおり請求します。

《請求内訳》

区分	受診者数（人）	委託料（円）	合 計（円）
一般		1,680	
70歳以上		2,180	
福祉医療受給者		2,380	
生活保護者		2,380	
はじめて検診応援事業対象者 （今年度40歳）		2,380	
計			

「福祉医療受給者」の欄には、福祉医療受給者証を提示された方（70歳以上の方を含む）の人数を記載ください。

《判定区分》

区分	受診者数（人）
定期検診	
要 精 検	
計	

なお、支払いにあたっては下記の口座に振込みをお願いします。

銀行 信用金庫 組合	支店 支所
普通・当座	口座名義人(カタカナ)
口座番号	

口座名義人は、金融機関に登録してある名称をカタカナでご記入ください。
毎回必ず記載してください。