

令和8年度 肺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》

エックス線検査

区分	受診者数(人)	委託料(円)	合 計 (円)
一般		2,800	
70歳以上		3,600	
福祉医療受給者		4,000	
生活保護者		4,000	
はじめて検診応援事業対象者 (今年度40歳)		4,000	
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》

エックス線検査 判定区分		受診者数(人)
A	要 再 撮 影	
B	定 期 検 診	
C	要 観 察	
D	要 受 診	
E	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。