

令和8年度 胃がん検診委託料 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 (A) ※ (A) = (B) + (C)

令和8年度 6月、7月、8月分 を上記のとおり請求します。
9月、10月、11月分 ■10月末までに予約受付したが予約
枠がなく、11月実施になったもの

《請求内訳》

1 エックス線検査

区分	受診者数 (人)	委託料 (円)	合 計 (円)
一般早期受診割引 (6・7月受診者※51歳～69歳)		10,640	
一般		8,740	
70歳以上		11,240	
福祉医療受給者		12,540	
生活保護者		12,540	
はじめて検診応援事業対象者 (今年度50歳)		12,540	
計			

《判定区分》

1 エックス線

区分	受診者数 (人)
要再撮影	
定期検診	
要観察	
要受診	
要精検	
計	

(B)

2 内視鏡検査

区分	受診者数 (人)	委託料 (円)	合 計 (円)
一般早期受診割引 (6・7月受診者※51歳～69歳)		12,720	
一般		10,520	
70歳以上		13,520	
福祉医療受給者		15,020	
生活保護者		15,020	
はじめて検診応援事業対象者 (今年度50歳)		15,020	
計			

2 内視鏡検査

区分	受診者数 (人)
定期検診 (胃がんなし)	
再検査 (胃がん疑い)	
要受診 (胃がんあり)	
要受診 (胃がん以外の悪性病変)	
計	

(C)

「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。

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。