

大腸がん検診業務委託料請求書（兼実施報告書）

(令和 年 月分)

令和 年 月 日

(宛 先)

春日市長

(実施機関)

医療機関名

医療機関所在地

電話番号

代表者氏名

印

次のとおり大腸がん検診を実施しましたので、委託契約書に基づき委託料を請求します。

区 分	検体提出	単価(消費税込み)	人 数	金 額
自己負担金 有(A)	提出	円	人	円
	未提出	円	人	円
自己負担金 無(B,C,D)	提出	円	人	円
	未提出	円	人	円
請求金額 合計			人	円

※実施期間以外での請求はできません。

※健診実施月の翌月20日までに健康課へ提出をお願いします。

【添付書類】

- ・大腸がん検診票（市提出用）
- ・春日市市民健康診査同意書（使用した場合のみ）

振 込 先	銀行		支店						
	フリガナ		口座種別	普通・当座					
	口座名義		口座番号						

※この用紙は必要時、コピーして使用してください。

検 収 日	検収印
年 月 日	