

令和8年度清川村がん検診(個別検診)業務委託
(胃がん・大腸がん施設検診)請求書(報告書)

請求金額(A-B) 円

ただし、胃がん(内視鏡検査・リスク検診)・大腸がん施設検診業務委託料 として (月分)
委託料(A)

種 別	単価	実施人数	金 額
胃がん内視鏡検査	17,740円	名	円
胃がんリスク検診	5,500円	名	円
大腸がん検診	1,200円	名	円
小 計			① 円
消費税(1円未満の端数切り捨て) ①×10%			② 円
合 計 (①+②)			円

受診者負担金(B)

種 別	負担金単価	負担者数	金 額
内視鏡検査(50歳～69歳の方)	4,800円	名	円
合 計			円

令和 年 月 日

清 川 村 長 殿

住 所
債 権 者 医 療 機 関 名
代 表 者 氏 名

印

【振込先】

銀行 ・ 組合 ・ 金庫		支店 ・ 支所
普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ		
名 義 人		