

【別紙2】(その1)

特定健康診査等業務委託料請求書

金 _____ 円

(内訳) 特定健康診査 _____ 円

後期高齢者健康診査 _____ 円

令和 年 月実施分として、上記金額を請求します。

令和 年 月 日

清川村長 殿

請求者 住 所
 機 関 名
 代表者職氏名

⑨

【振込先】

金融機関名		支店(所)名	
口座の種類		口座番号	
口座名義	(フリガナ)		

【別紙2】(その2)

請 求 額 内 訳 書

特定健康診査（40歳～74歳）

種 別	単 価	件 数	金 額
1 健 康 診 査	8,630 円	件	円
2 心 電 図	1,500 円	件	円
3 眼 底 検 査	560 円	件	円
4 貧 血 検 査	230 円	件	円
5 その他の追加検査	90 円	件	円
6 健 康 指 導 料	3,800 円	件	円
7 眼底フィルム・現像料（上限 160 円）	円	件	円
小 計			円
消費税(1 円未満切捨て)			円
請 求 額			円

後期高齢者健康診査（75歳～）

種 別	単 価	件 数	金 額
1 健 康 診 査	8,630 円	件	円
2 心 電 図	1,500 円	件	円
3 眼 底 検 査	560 円	件	円
4 貧 血 検 査	230 円	件	円
5 その他の追加検査	90 円	件	円
6 健 康 指 導 料	3,800 円	件	円
7 眼底フィルム・現像料（上限 160 円）	円	件	円
小 計			円
消費税(1 円未満切捨て)			円
請 求 額			円