

請 求 書

令和 年 月 日

(提出先) 松 山 市 長

債権者番号

住 所

.....
医療機関名

氏 名.....

当請求金額を次の預金口座にお振り込み下さい。

金融機関名	
口座名義人名	
	第 号

下記の金額請求いたします。

金 額	億 千 百 拾 万 千 百 拾 円								内訳下記のとおり

ただし 大腸がん検診 委託料 令和6年度 月分

(消費税及び地方消費税を含む)

〈便潜血反応検査〉

	@	2,019	円×	件=	円
自己負担免除者 後期	@	600	円×	件=	円
生活保護	@	600	円×	件=	円
非課税	@	600	円×	件=	円
中国残留邦人等	@	600	円×	件=	円
合計請求額					円