

# 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 肺がん検診 委託料 令和6年度 月分 (消費税及び地方消費税を含む)

〈胸部X線撮影〉

65歳未満 @2, 295円× 件= 円

自己負担金免除者 生活保護 @ 900円× 件= 円

非課税 @ 900円× 件= 円

中国残留邦人等 @ 900円× 件= 円

65歳以上 @ 944円× 件= 円

自己負担金免除者 後期 @ 900円× 件= 円

生活保護 @ 900円× 件= 円

非課税 @ 900円× 件= 円

中国残留邦人等 @ 900円× 件= 円

合計請求額 円