

様式第3号

原子爆弾被爆者健康診断実施報告書兼委託料交付請求書（精密検査）

佐賀県収支等命令者 様

一金 円也
ただし、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第7条に基づく委託健康診断料として

（令和 年 月分）

検査人員数	基準単価	金額(A×B)	実支出額	請求金額
(A)	(B)	(C)	(D)	(C)又は(D)のいずれか低い方の額
人	円	円	円	円

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

（所在地）
（名称）
（代表者）

振込先

金融機関・支店名
口座番号
口座名義人名

- 1 (B) 基準単価は、別紙「原爆被爆者健康診断検査委託料」の基準額を記入してください。
- 2 (D) 実支出額は、診療報酬点数表によって算定した額（請求内訳の合計金額）を記入してください。