

(様式第5号)

原子爆弾被爆者がん検診総括報告書兼委託料交付請求書

令和 年度の原子爆弾被爆者がん検診を実施しましたので、下記のとおり委託料を請求します。

一金 円也

(請求内訳)

検査項目	委託単価 (円)	検査人員 (件)	金額 (円)
胃がん検診 (直接撮影)			
〃 (間接撮影)			
〃 (胃内視鏡検査)			
肺がん検診			
喀痰細胞診			
乳がん検診			
乳房X線検査			
子宮がん検診			
体部細胞診検査			
コルポスコープ検査			
大腸がん検診			
多発性骨髄腫 検診			
合計			

令和 年 月 日

請求者 所在地

名称

代表者

(法人の場合は法人名及び代表者名)

佐賀県収支等命令者 様

◎振込先 (医療機関において必ず記入してください)

金融機関	銀行 支店	口座名義人名 (フリガナ)
口座種別	普通・当座	
口座番号		

※ 裏面に請求内訳の記載をお願いします。

(様式第5号)

(請求内訳)

No	受診 票 番号	氏名	性別	胃がん			肺がん		乳がん		子宮がん			大腸がん	多発性骨髄腫	金額計(円)
				胃(直接)	胃(間接)	胃(内視鏡)	肺	(喀痰)	乳	(X線)	子宮	(体部)	(コルポ)			
				円	円	円	円	円	円	円	円	円	円			
1	—															
2	—															
3	—															
4	—															
5	—															
6	—															
7	—															
8	—															
9	—															
10	—															
11	—															
12	—															
13	—															
14	—															
15	—															
16	—															
17	—															
18	—															
19	—															
20	—															
計				件	件	件	件	件	件	件	件	件	件	件		

※受診された検査項目の欄に○をつけてください。