

被爆者健康診断（がん検診）請求書

年 月 日

三重県知事 一見 勝之 あて

請求者 住 所

名 称

代表者

印

原子爆弾被爆者に対する健康診断（がん検診）の検査料をつぎのとおり請求します。

請求金額 金 \_\_\_\_\_ 円也

検査種類	検査料(A)	検査延人員数(B)	(A) × (B) = (C)	備考
胃がん検診(直接)	12,240 円	人	円	
〃 (間接)	7,855 円	人	円	
〃 (胃内視鏡)	16,083 円	人	円	
肺がん検診	5,050 円	人	円	
〃 喀痰細胞診検査	3,740 円	人	円	
乳がん検診(問診、視診及び触診)	3,168 円	人	円	
〃 (問診、視診及び触診) (乳房X線検査)	9,669 円	人	円	
子宮がん検診				
〃 (頸部)	6,908 円	人	円	
〃 (頸部) (体部)	12,628 円	人	円	
〃 (頸部) (コルポ)	9,218 円	人	円	
〃 (頸) (体) (コ)	14,938 円	人	円	
大腸がん検診	4,356 円	人	円	
多発性骨髄腫検診	1,848 円	人	円	
計			円	
振込先	名 称	銀行	支店	口座名義 (フリガナ)
	種 別	普通	当座	
	口座番号			

(注) 1. 検査延人員数は検査内訳の人員の合計となります。

2. 検査の内訳 (別紙) を添付してください。