

# 被爆者健康診断（一般検査）請求書

年 月 日

三重県知事 一見 勝之 へ

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（一般検査）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
一般検査	5,643 円	人	円	
肝機能検査(加算)	2,079 円	人	円	
ヘモグロビンA1c検査(加算)	539 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。