

# 被爆者健康診断（精密検査）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（精密検査）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
精密検査	7,028 円		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。