

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 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（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		5,709 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。