

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, 273 円	人	円	
〃 (間接)		7, 888 円	人	円	
〃 (胃内視鏡)		16, 170 円	人	円	
肺がん検診		5, 083 円	人	円	
〃 喀痰細胞診検査		3, 520 円	人	円	
乳がん検診 (問診、視診及び触診)		3, 201 円	人	円	
〃 (問診、視診及び触診) (乳房X線検査)		9, 702 円	人	円	
子宮がん検診					
〃 (頸部)		6, 721 円	人	円	
〃 (頸部) (体部)		12, 441 円	人	円	
〃 (頸部) (コルポ°)		9, 031 円	人	円	
〃 (頸) (体) (コ)		14, 751 円	人	円	
大腸がん検診		4, 389 円	人	円	
多発性骨髄腫検診		1, 628 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。