

佐世保市長 様

住 所

医療機関名

代表者名

印

委 託 料 請 求 書

(令和8年4月1日から令和9年3月31日分)

委託契約により、健康診査(医療保険の無保険者)を実施したので委託料を請求します。

_____月分

実施区分		単価 (税込)	消費税額	受診者数 (人)	合計 (税込)	
年齢区分	実施項目				人	¥
40歳～74歳	必須項目のみ	9,075	(825)			
	必須項目+	10,505	(955)			
	必須項目+ +	11,737	(1,067)			
	必須項目+	10,307	(937)			
75歳以上	必須項目のみ	9,075	(825)			
委託料合計				人	¥	
					うち消費税額	
口座振込先	<u>登録している通り</u> <u>変更する場合は、事前に健康づくり課までご連絡ください。</u>					

[追加項目の説明]

= 心電図検査 = 眼底検査