

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6年4月1日から令和7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					
40歳～74歳	必須項目のみ	9,009	(819)			
	必須項目+①	10,439	(949)			
	必須項目+①+②	11,671	(1,061)			
	必須項目+②	10,241	(931)			
75歳以上	必須項目のみ	9,009	(819)			
委託料合計				人	¥	
					うち消費税額	
口座振込先	○登録している通り ※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。					

【追加項目の説明】

①=心電図検査 ②=眼底検査