

様式第2号

原爆被爆者健康診断実施報告書兼委託料交付請求書（一般検査）

佐賀県収支等命令者 様

金

円也

ただし、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第7条に基づく委託健康診断料として

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

（所在地）

（名称）

（代表者）

振込先

金融機関 _____ 支店名 _____

口座番号 普・当 番号 _____

口座名義人（カナ） _____

内訳（ 月分 名）

要精密 印	被爆者健康手帳番号	氏 名	性 別	年 齢	検査実施年月日	金 額	一般 検査	肝機能	ヘモグ ロビン A1c

検査項目欄については、実施した項目全てに を付けてください。

金額については、別紙「原爆被爆者健康診断検査委託料」に基づき、各検査項目の基準額を合算した金額を記入してください。

様式第2号

表面で記入欄が不足する場合にのみ記載してください。

要精密 印	被爆者健康手帳番号	氏名	性別	年齢	検査実施年月日	金額	一般 検査	肝機能	ヘモグ ロビン A1c

検査項目欄については、実施した項目全てに を付けてください。
金額については、別紙「原爆被爆者健康診断検査委託料」に基づき、各検査項目の基準額を合算した金額を記入してください。