

様式第7号

原爆被爆者がん検診実施報告書兼委託料交付請求書（精密検査）

佐賀県収支等命令者 様

一金 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

（令和 年 月分）

検査人員数	基準単価	金額(A×B)	実支出額	請求金額
(A) 人	(B) 円	(C) 円	(D) 円	(C)又は(D)のいずれか低い方の額 円

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

口座名義人名

1 (B) 基準単価は、別紙「原爆被爆者健康診断検査委託料」の基準額を記入してください。

2 (D) 実支出額は、診療報酬点数表によって算定した額を記入してください。