

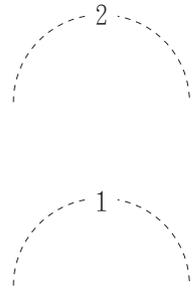
健 保 決 裁	部 長	課 長	確 認	電算入力

## 施設内胃検診料請求書

別紙一覧表のとおり施設内胃検診を実施したので、検診料を請求します。

年 月 日

病 院 名 \_\_\_\_\_ (印)



(記号 \_\_\_\_\_ )

実施事業所名 \_\_\_\_\_

実施年月日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

実施済人数 \_\_\_\_\_ 名

検 診 料 \_\_\_\_\_ 円

補助金決定額

¥ \_\_\_\_\_  
内訳

送金年月日

### ※注意事項

1. 請求する時は必ず胃検診受診者名簿を添付してください。
2. 名簿には被保険者番号の記載もれがないようにお願いします。

長野県農業協同組合健康保険組合理事長 殿