

令和6年度「子宮頸がん検診」請求内訳書

令和 年 月 日

病院名

担当者名

子宮頸がん検診（ ）月分

内 訳	6,908 円 × 人
請求額総額	円

- (注1) 貴医療機関の「請求書」「本内訳書」「女性検診（子宮頸がん）受診券」を添付して請求してください。
- (注2) 請求期限は令和7年4月10日（木）※厳守です。
- (注3) この内訳書は、必要枚数をコピーしてお使いください。

請求先 〒380-8570（県庁専用番号）
公立学校共済組合長野支部 厚生係
電話直通：026-235-7446