

令和6年度「乳がん検診」請求内訳書

令和 年 月 日

病院名

担当者名

乳がん検診（ ）月分

区分	単価 (消費税込み)	人数	小計 (単価×人数)
①超音波検査	問診・視触診あり	円	人
	問診・視触診なし	円	人
②マンモグラフィー	問診・視触診あり	円	人
	問診・視触診なし	円	人
③マンモグラフィー 2方向	問診・視触診あり	円	人
	問診・視触診なし	円	人
請求額総額 (小計の合計額)			円

(注1) 貴医療機関の「請求書」「本内訳書」「女性検診(乳がん)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