

領 収 確 認 書

令和 年 月 日

(宛先) 高 松 市 長

がん検診料金として、下記のとおり領収したことを確認します。

確認者 住所 _____

医療機関名 _____

代表者名 _____ 印

記

検診受診者 氏 名					
がん検診 の種類 (該当する区分 に☑をしてく ださい。)	<input type="checkbox"/> 胃がん検診	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	<input type="checkbox"/> 肺がん検診		
	<input type="checkbox"/> 大腸がん検診	<input type="checkbox"/> 前立腺がん検診	<input type="checkbox"/> 乳がん検診		
	検 診 年 月 日 (領 収 年 月 日)	領 収 金 額 (が ん 検 診 料 金)			
	年 月 日	円			