大津市　胃がんリスク検診委託料明細書

	受　診　者　氏　名	当てはまる項目に〇をつけてください		金　額
		特定健診等と同日実施	胃がんリスク検診のみ実施	
5				
10				
15				
20				
25				
	合　計			

（3桁）医療機関コード