

ピロリ菌検査(二次検査)請求明細一覧表

医療機関名 _____

No	受診日	氏名	生年月日	年齢	性別	請求額 (7,995円)	備考
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
合計							