

入 札 書

令和 年 月 日

市 川 市 長

住 所

商号又は名称
氏名

印

代理人氏名

印

ご指示の設計書、図面及び仕様書その他契約条件を承知のうえ、下記単価及び金額のとおり入札いたします。

		予定数量											
① 単月入院 点検業務単価	円	× 12,000件	=										円
② 単月外来 点検業務単価	円	× 683,000件	=										円
③ 単月調剤 点検業務単価	円	× 398,000件	=										円
④ 縦覧入院 点検業務単価	円	× 10,500件	=										円
⑤ 縦覧外来 点検業務単価	円	× 617,400件	=										円
⑥ 縦覧調剤 点検業務単価	円	× 359,100件	=										円
		総額(①～⑥合計)											円

ただし、記載金額は、見積もった契約希望金額の100/110相当額

件 名 電子レセプト(診療報酬明細書)点検業務委託

施行場所
(納 入) 市川市 保健部国保年金課 指定場所