

職域肝炎ウイルス検査促進事業請求書

佐賀県収支等命令者 様

所在地

医療機関名

代表者名

印

標記について、 月分のウイルス検査分の費用を次のとおり請求します。

【請求額】

| 番号 | 検査項目 | 単 価 A (消費税込み) | 実施人数 B | 合 計 A×B | |
|----|--|---------------------|-----------|------------|-------------|
| 1 | HCV抗体検査 HBs抗原検査 | 734 円 | 人 | 円 | |
| 2 | HCV抗体検査 HBs抗原検査 ※協会けんぽ非負担者分 | 2,189 円 | 人 | 円 | |
| 3 | HCV抗体検査 HBs抗原検査 HCV核酸増幅検査 ※協会けんぽ非負担者分 | 7,304 円 | 人 | 円 | |
| | 合計 | | 人 | 円 | (陽性者数) 人 |

※必要添付書類

- ・検査申込書の写し ・陽性者名簿 (様式例第2号) (陽性者がいる場合のみ)
- ・検査を希望しない方のアンケート (回収した場合のみ)

【振込先】

| | | |
|----------|----|---------------|
| 振込先金融機関名 | 銀行 | 支店 |
| 預金種別 | 普通 | ・ 当座 (どちらかに○) |
| 口座番号 | | |
| フリガナ | | |
| 口座名義人 | | |