

別紙様式

(医療機関コード)

令和 年 月 日

佐賀県肝炎ウイルス検査請求書

佐賀県収支等命令者 様
(佐賀県国民健康保険団体連合会 経由)

(保険医療機関等の)

所在地

名称

代表者名

印

年 月分の肝炎ウイルス検査を下記のとおり実施しましたので、請求します。

記

【請求額】

医療機関肝炎ウイルス検査		一件あたりの 単価 (消費税込)	件数	合計
基本型 (B型+C型)	①核酸増幅有	8,726円		円
	② " 無	6,838円		円
C型のみ	③核酸増幅有	7,736円		円
	④ " 無	5,793円		円
⑤B型のみ		4,844円		円
請求金額				円