

職域肝炎ウイルス検査促進事業請求書

県の開庁日にご請求ください

佐賀県収支等命令者 様

所在地 佐賀市城内〇〇〇

医療機関名 医療法人 〇〇病院

代表者名 理事長 佐賀 太郎

請求書及び実績報告書の代表者印の押印は不要です

標記について、4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】

請求額を税込みで記入ください

請求額	1,467 円 (消費税込み)
-----	-----------------

【番号】	検査項目	単価 A (税抜き)	実施人数 B	合計 A×B
1	HCV抗体検査 HBs抗原検査	667.27 円	2人	1,334.54 円
2	HCV抗体検査 HBs抗原検査 ※協会けんぽ非負担者分	1,990 円		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	6,640 円	人	円
計				1,334.54 円
税込請求額 ※円未満切り捨て				1,467 円

小数点以下まで記入ください

※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)

1,334.54×1.1 (消費税) が請求額です
※小数点以下切り捨て

【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		

振込先の記入も忘れずをお願いします