

職域肝炎ウイルス検査促進事業実績報告書兼請求書

佐賀県収支等命令者 様

県の開庁日にご請求ください

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

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を次のとおり実施したことを報告し、費用を請求します。

請求額を税込みで記入ください

【請求額】

請求額	1,383 円 (消費税込み)
-----	-----------------

【実績内訳】

【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	629.09 円	2 人	1,258.18 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		
3	HCV抗体検査 HBs抗原検査 ※	6,640 円	人	円
※必要添付書類 ○検査申込書の ○陽性者名簿 (様式例第2号) (陽性者がいる場合のみ) ○検査結果通知書 (様式例第3号) (陽性者がいる場合のみ)				計 1,258.18 円
		税込請求額 ※円未満切り捨て		1,383 円
		数(B)の内 陽性者数	なし	1 人

小数点以下まで記入ください

1,258.18×1.1 (消費税) が請求額です ※小数点以下切り捨て

陽性者がいない場合は“なし”に〇、いる場合は人数を記入ください。

【振込先】

振込先金融機関名	銀行	支店
預金種別	普通	当座 (どちらかに〇)
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