

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】

請求額		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	人	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	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	6,640円	人	円
※必要添付書類		計		円
○検査申込書の写し		税込請求額		円
○陽性者名簿 (様式例第2号) (陽性者がいる場合のみ)		※円未満切り捨て		円
○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		

職域肝炎ウイルス検査促進事業実績報告書

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実績は次のとおりです。

【実績内訳】

【番号】	検査項目	実施人数	
1	HCV抗体検査 HBs抗原検査	人	
2	HCV抗体検査 HBs抗原検査 ※協会けんぽ非負担者分	人	
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	人	
	合計	人	(陽性者数) 人