

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)
-----	----------

※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		

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	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