（様式例第１号）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

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】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |

　　　※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 |  |