別紙様式

（医療機関コード）

令和　　年　　月　　日

佐賀県肝炎ウイルス検査請求書

　佐賀県収支等命令者　様

（佐賀県国民健康保険団体連合会　経由）

（保険医療機関等の）

所在地

名称

代表者名

令和　　年　 月分の肝炎ウイルス検査を下記のとおり実施しましたので、請求します。

記

【請求額】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関肝炎ウイルス検査 | 一件あたりの単価（消費税込） | 件　数 | 合　計 |
| 基本型（Ｂ型＋Ｃ型） | ①核酸増幅有 | ８，７２６円 |  | 円 |
| ②　　〃　無 | ６，８３８円 |  | 円 |
| Ｃ型のみ | ③核酸増幅有 | ７，７３６円 |  | 円 |
| ④　　〃　無 | ５，７９３円 |  | 円 |
| ⑤Ｂ型のみ | ４，８４４円 |  | 円 |
| 請　求　金　額 |  |  | 円 |