（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

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 | 　　　　　　　　　　　　　　　円（消費税込み） |

【請求額】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 【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 | 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 |
|  | 計 | 円 |
|  | 税込請求額※円未満切り捨て | 円 |

※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 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

【振込先】

職域肝炎ウイルス検査促進事業実績報告書

医療機関名

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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 【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 |

【実績内訳】