

令和5年度 肝炎ウイルス検査実施状況報告書兼請求書

請求金額 _____ **円** (消費税及び地方消費税を含む)

(内訳)

	検査項目	委託単価(円) (消費税及び地方消費税を含む)	件数	金額(円)
①	基本 HBs抗原検査 HCV抗体検査	6,050		
②	検査 HBs抗原検査 HCV抗体検査→HCV核酸増幅検査	11,800		
③	紹介状作成	2,500		
合 計				

■肝炎ウイルス検査申込書(様式2)に検査結果を記入したもの(写し可)を添付してください。(必須)

■②HCV核酸増幅検査を行った場合、検査結果(写し)を添付してください。

上記のとおり請求します。

年 月 日

(宛先)埼玉県知事
 (保健医療部疾病対策課)

所在地
電話番号

請求医療機関 名 称

代表者名

振込口座

金融機関名	銀行	支店 出張所
預金種目	普通・当座	
口座番号	No.	
ふりがな 口座名義	(ふりがな) ----- (口座名義)	

〈報告書兼請求書(様式3)及び検査結果記入済みの申込書(様式2)の送付先〉
 〒330-9301 埼玉県さいたま市浦和区高砂3丁目15番1号
 埼玉県保健医療部疾病対策課 総務・疾病対策担当