

肝炎ウイルス検診請求書

(申請先) 新座市長 宛

令和 年 月 日

令和 年 月 実施分

医療機関名

住 所

施 設 長

肝炎ウイルス検診委託料を下記のとおり請求します。 電 話 番 号

請求金額	千万	百万	十万	万	千	百	十	円

※金額欄は、頭部に¥を記入してください。

区 分	単 価 (円)	件 数 (件)	金 額 (円)
HBs抗原検査・HCV抗体検査	3,278		
HCV核酸増幅検査	5,445		
HCV抗体検査のみ	2,860		

振 込 先 口 座

振込先金融機関名	口 座 番 号	口座振込名義人(カタカナで記入)
銀行・農協 信用金庫	普 通 ・ 当 座	
本店・支店 出張所	No.	