

肝炎ウイルス検査事業検査料請求書

青森県知事

殿

検査実施医療機関 所在地
医療機関名
開設者名

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、検査料を請求します。
記

1 請求額

		1件当たり単価 (消費税込) (A)	件数 (B)	計 (A×B)
B型+C型	HCV核酸増幅検査なし	6,780円	件	円
	HCV核酸増幅検査あり	12,050円	件	円
C型のみ	HCV核酸増幅検査なし	6,120円	件	円
	HCV核酸増幅検査あり	11,390円	件	円
B型のみ		4,980円	件	円
計			件	円

2 振込先金融機関

金融機関名	銀行・信金・信組・農協・漁協		店
預金種別	当座・普通	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			