

(様式第4号)

年 月 日

一般社団法人福井県医師会長 様

医療機関 名称

代表者

福井県肝炎ウイルス検査実施要綱に基づく肝炎ウイルス検査実施報告書兼請求書

年 月分の肝炎ウイルス検査が完了しましたので、下記のとおり請求します。

記

1 請求額

検査種類	1件当たりの料金 (a)	件数 (b)	計 (a × b)
B型肝炎ウイルス 検査のみ実施	5,040 円	(c)	円
C型肝炎ウイルス 検査のみ実施	5,770 円	(d)	円
B型およびC型肝炎 ウイルス検査を実施	6,060 円	(e)	円
合 計		(c + d + e)	円

2 検査結果

検査項目	対象者数	うち陽性者
B型肝炎ウイルス検査	(c + e)	
C型肝炎ウイルス検査	(d + e)	

(押印を省略する場合は記載してください)

発行責任者氏名

担当者氏名

連絡先(電話番号)