

島根県肝炎ウイルス検査業務請求書

年 月 日

島根県医師会長 様

請求者

(住所)

(法人名・医療機関名)

(代表者名)

(医療機関番号)

令和5年度 島根県肝炎ウイルス検査業務実施要領に基づく委託料として、下記代金を請求します。

記

年 月 実施分として

項 目		単 価	件 数	合 計
HBs抗原検査 及び HCV抗体検査 (B型+C型)	無	5,910円	件	円
	有	10,150円	件	円
HCV抗体検査のみ (C型のみ)	無	5,030円	件	円
	有	9,270円	件	円
HBs抗原検査のみ (B型のみ)		4,860円	件	円
小 計				円
消 費 税 ※小数点以下切り捨て				円
請 求 金 額				円

振 込 口 座	フリガナ								
	口座名義								
	金融機関名	銀行・組合 金庫・連合会				支店・支所 店・出張所			
	口座種別	普通・当座	口座番号						

※振込口座は、2回目以降の請求の際に変更が無い場合は記載する必要はありません。