

千葉県肝炎ウイルス検査実績報告書兼請求書

千葉県知事 様

医療機関所在地

医療機関名

開設者

本件責任者：

本件担当者：

本件連絡先：

令和 年 月分の肝炎ウイルス検査が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

記

1) 請求額

項 目	単価（消費税込） A	対象数 B	請求額 A×B
肝炎ウイルス検査料 ・HBs 抗原検査 ・HCV 抗体検査	1 人当たり 6, 6 5 0 円	人	円
肝炎ウイルス検査料 ・HBs 抗原検査 ・HCV 抗体検査 →HCV 核酸増幅検査	1 人当たり 1 1, 4 5 0 円 (C型肝炎ウイルス検査結果が②③の場合)	人	円
紹介状に係る文書料	1 通あたり 2, 5 0 0 円	通	円
合 計			円

2) 理由別受検者数

理 由	人数
・過去にB型またはC型肝炎ウイルス検査を受けたことがなく、職場での検診や市町村が実施する健康増進法に基づく肝炎ウイルス検査などの受診の機会がないため	
・その他（理由の記載：必須） 理由：	
合 計	

3) 検査項目別陽性者数

検査項目	対象者数（人）	陽性者数（人）
B型肝炎ウイルス検査		
C型肝炎ウイルス検査		
合 計		

4) 振込先金融機関

銀行			支店	口座名義人
預金種別	普通預金 当座預金	口座番号		フリガナ 氏名