別紙２

令和　　年　　月　　日

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　６，６５０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１１，４５０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　２，５００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 |  | 口 |  | ﾌﾘｶﾞﾅ |
| 金 | 普通預金 | 座 |  | 氏名 |
| 種 | 当座預金 | 番 |  |  |
| 別 |  | 号 |  |  |