様式3（検査医療機関→埼玉県疾病対策課）

令和3年度　肝炎ウイルス検査実施状況報告書兼請求書

請求金額　　円（消費税及び地方消費税を含む）

（内訳）

	検　査　項　目		委託単価（円）（消費税及び地方消費税を含む）	件　数	金　　額（円）
①	基本検査	HBs抗原検査 HCV抗体検査	6,000		
②		HBs抗原検査 HCV抗体検査→HCV核酸増幅検査	12,000		
③	紹介状作成		2,500		
合　　計					

■肝炎ウイルス検査申込書（様式2）に検査結果を記入したもの（写し可）を添付してください。（必須）
■②HCV核酸増幅検査を行った場合、検査結果（写し）を添付してください。

上記のとおり請求します。

年　　月　　日

（宛先）埼玉県知事
（保健医療部疾病対策課）

所 在 地
電話番号

請求医療機関　名　　称

代表者名

振込口座

金融機関名	銀行	支　店 出張所
預金種目	普通　・　当座	
口座番号	No.	
ふりがな 口座名義	（ふりがな） （口座名義）	

〈報告書兼請求書（様式3）及び検査結果記入済みの申込書（様式2）の送付先〉
〒330-9301　埼玉県さいたま市浦和区高砂3丁目15番1号
埼玉県保健医療部疾病対策課　総務・疾病対策担当