

令和7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 HBs抗原検査 HCV抗体検査	6,700		
②	検査 HBs抗原検査 HCV抗体検査→HCV核酸増幅検査	12,850		
③	紹介状作成	2,750		
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