

令和 年 月 日

宮崎県医師会長 殿

医療機関名称・所在地

代表者氏名 印

肝炎ウイルス検査に係る報告及び委託料の請求について

このことについて、下記のとおり肝炎ウイルス検査報告書を添えて請求します。

記

令和 年 月分 請求額 \_\_\_\_\_ 円

(内訳)

検査内容	件数	委託料単価 (税込み)	計
HBs抗原検査+HCV抗体検査	件	3,553	円
HBs抗原検査+HCV抗体検査+HCVRNA	件	9,955	円
HCV抗体検査のみ	件	3,234	円
HCV抗体検査+HCVRNA	件	9,636	円
HBs抗原のみ	件	2,398	円
合計(税込み請求額)			円