

請 求 書

金

円

ただし、奈良県肝炎検査受診率向上事業として上記のとおり請求します。

【内訳】

検査内容	単価	件数
H B s 抗原検査費、 H C V 抗体の検出（定量）検査	6,500 円	
H C V 核酸増幅検査 ※HCV 抗体(定量)検査の結果、 「中力価及び低力価」の場合	5,000 円	

年 月 日

奈良県福祉保険部医療政策局疾病対策課長 殿

医療機関名

医療機関住所

電話番号

代表者氏名

(法人の場合は法人の名称、代表者名を記載すること。)

発行責任者(担当者)氏名： 連絡先（電話番号）：

※発行責任者(担当者)氏名はフルネームで記載願います。

振込口座

金融機関名

支店名

口座情報 （ 普通 当座 ） いずれかに○印をつけて下さい。

口座番号

口座名義人（カナ）