

年 月 日

福岡県肝炎ウイルス検査実績報告書兼請求書

福岡県知事 殿

住 所

医療機関名

代 表 者 名

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

	一件あたりの料金（消費税込）	件数	合計
肝炎ウイルス検査	円		円

2) 理由

理 由	件数
・ 医師が肝炎ウイルス検査を必要と判断した	
・ 過去に肝機能異常を指摘されたことがある（GOT・GPT 値が要指導判定等）	
・ 1992 年（平成 4 年）以前に輸血を受けたことがある	
・ 長期に血液透析を受けている	
・ 非加熱凝固因子製剤や 1994 年（平成 6 年）以前にフィブリノゲン製剤（フィブリン糊としての使用を含む）の投与を受けたことがある	
・ 臓器移植を受けたことがある	
合 計	

（振込先金融機関）

銀行			支店	口座名義人
預 金 種 目	普通預金 当座預金 貯蓄預金	口 座 番 号		フリガナ 氏名