

肝炎ウイルス委託検査費用請求書
(特定感染症検査等事業)

岐阜県医師会長様

住 所

医療機関名

代表者名

令和 年 月分の肝炎ウイルス委託検査費用について次のとおり請求します。

1. 請求金額 _____ 円

肝炎ウイルス検査費用(基本料金) : _____ 円 × _____ 名分

診療情報提供書交付(加算分含む) : _____ 円 × _____ 名分

2. 振込先

金融機関	岐阜県医師信用組合 銀行 金庫 組合	本店 支店
科目	普通預金	当座預金
口座番号		
口座名義人		