別紙様式（福岡県医師会会員用）

　　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 |  | 口 |  | ﾌﾘｶﾞﾅ |
| 金 | 普通預金 | 座 |  | 氏名 |
| 種 | 当座預金 | 番 |  |  |
| 目 | 貯蓄預金 | 号 |  |  |