

令和8年度

## 請求書

令和

年

月分

請求金額

¥

※請求金額は③

ただし、肝炎ウイルス検診に要した費用として、関係書類を添えて請求します。

## (1) 課税請求内訳

| 区分  |                              | ①単価 (税込)                             | ②受診者数  | ①×②合計 (税込)    |   |
|---|------------------------------|--------------------------------------|--------|---------------|---|
| 肝炎ウイルス検査<br><small>(HCV抗体の検出、HBs抗原検査のセット検査)</small> | 当該年度40歳<br>S61.4.1～S62.3.31生 | 4,010円                               | 人      | 円             |   |
|   | 41歳以上<br>S61.3.31以前生         | 70歳以上の者<br>後期高齢者医療制度加入者              | 4,010円 | 人             | 円 |
|   |                              | 身体障害者手帳(1～3級)<br>療育手帳<br>精神障害者保健福祉手帳 | 4,010円 | 人             | 円 |
|   |                              | 個人負担金免除証                             | 4,010円 | 人             | 円 |
|   |                              | 400円<br>個人負担金徴収者                     | 3,610円 | 人             | 円 |
| HCV抗体検査<br>※HCV抗体の検出で陽性の場合のみ追加                      |                              | 1,730円                               | 人      | 円             |   |
| HCV核酸増幅検査<br>(HCV-RNA検査)<br>※HCV抗体検査で中・低力価の場合のみ追加   |                              | 6,760円                               | 人      | 円             |   |
| 10%対象 合計金額  |                              |                                      | 人      | ③ 円           |   |
| ※うち10%対象 消費税額                                       |                              |                                      |        | 円<br>※端数は切り捨て |   |

令和

年

月

日

所在地

白山市長あて

医療機関名

医療機関の長

登録番号

④

|              |       |  |    |  |    |    |
|--------------|-------|--|----|--|----|----|
| 口座振込<br>金融機関 | 金融機関名 |  | 銀行 |  | 本店 | 普通 |
|              | 口座番号  |  |    |  |    |    |
| フリガナ         |       |  |    |  |    |    |
| 名義人          |       |  |    |  |    |    |