

## 山形県肝炎ウイルス検査委託業務完了報告及び委託料請求書

山形県知事 様

住 所

医療機関名

代表者職氏名

印

令和 年 月分の委託業務が完了したので、肝炎ウイルス検査業務委託契約に基づき委託料を請求します。

請求金額 円

(内訳)

区分	検査内容	単 価	件 数	金 額
1	B型+C型	6,410円		円
2	B型のみ	5,250円		円
3	C型のみ	6,120円		円
4	B型+C型(核酸増幅検査あり)	10,910円		円
5	C型(核酸増幅検査あり)	10,620円		円
	事務費	400円		円
	合 計			円

口座振替(送金)払い依頼							
振 込 先	金融機関名		本・支店名	本店	支店		
	金融機関コード		店 番 号				
	フリガナ						
	口座名義						
	口座種別	普通・当座・その他( )	口座番号				
健康福祉企画課 記載欄			債 権 者 番 号				