

(大牟田市用)

(様式4号)

肝炎ウイルス検診委託料請求書（兼実施報告書）

(令和 年 月分)

区 分	委 託 料	件 数	金 額
肝炎ウイルス検査 (C型肝炎ウイルス検査 及びHBs抗原検査)	4,411円		

健康手帳		冊
------	--	---

※ 肝炎ウイルス検査問診票（問診票）および無料クーポン券を添付してください。

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

医療機関コード番号

医療機関所在地

名 称

開設者の氏名または名称

担当者名

連絡先

大 牟 田 市 長 殿

※ 請求書を提出する場合は、医療機関でコピーを取り保管してください。