

極秘

免

免疫学検査補助料請求書

令和3年度

神奈川県医療従事者健康保険組合 御中

年 月 日

事業所の記号	
事業所の名称	
事業所所在地	
事業主の氏名	
電話番号	

要綱に基づき請求します。

検査項目	単価	実施人員	金額
CRP定量	300円	名	円
C型肝炎検査	1,050円	名	円
B型肝炎接種 (3回まで)	2,100円	延べ 回	円
HBs抗原・抗体価測定 (4回まで)	600円	延べ 回	円
HBs抗原精密・抗体価 精密測定(4回まで)	1,160円	延べ 回	円
請求金額合計			円
※ 決定欄			円

●他家健診の場合で、この請求にかかる補助料の受領を健診機関等に委任するときのみ記入してください。

委任状

補助料の受領については、(健診機関) _____ (印)
に委任致します。

委任者 事業所の名称 _____ (印)
事業主の氏名 _____

振込先金融機関	金融機関コード		本店番号		預金種別	口座番号								
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ 預金口座 名義人								

受付日付印