



免疫学検査補助料請求書

平成 年度

神奈川県医療従事者健康保険組合 御中

平成 年 1月 15日提出

事業所の記号	2312
事業所の名称	健康病院
事業所所在地	横浜市中区尾上町〇〇-〇〇
事業主の氏名	健康 太郎
電話番号	045 (000) 0000



要綱に基づき請求いたします。 ※太線の枠内のみ記入し、決定欄には記入しないでください。

検査項目	単価	実施人員	金額
CRP定量 (6010)	300円	5名	1,500円
C型肝炎検査 (6011)	1,050円	5名	5,250円
B型ワクチン接種 (3回まで) (6012)	2,100円	延べ 1回	2,100円
HBs抗原・抗体測定 (4回まで) (6015)	600円	延べ 2回	1,200円
HBs抗原精密抗体測定 (4回まで) (6019)	1,160円	延べ 回	円
請求金額合計			10,050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

補助料の受領に委任致します

実施人員と金額を必ず記入してください。



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