



令和 年 月 日

米子市長 様

所在地
医療機関名
職氏名

令和8年度 肝炎ウイルス検査実施報告書

このことについて
関係書類を添えて報告します。

月分の検診が終了したので、

添付書類

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1 | 受診券 | 枚 |
| 2 | 記録票 | 枚 |
| 3 | 請求書 | 1 枚 |



米子市用

請求書

一 金 円也

ただし、これは令和8年

月分肝炎ウイルス検査委託料として

実施方法	検査内容	内訳	金額	内 負担金の有無				
				あり		なし		
				人	円	無料	無料(ふしめ)	
同時受診	C型+B型	@3,940 ×	人	円	人	円	人	人
					1,100円	400円		
	C型のみ	@2,970 ×	人	円	人	円	人	人
					900円	300円		
単独受診	B型のみ	@2,820 ×	人	円	人	円	人	人
					800円	300円		
	C型+B型	@6,390 ×	人	円	人	円	人	人
					1,900円	600円		
単独受診	C型のみ	@5,420 ×	人	円	人	円	人	人
					1,600円	500円		
	B型のみ	@5,270 ×	人	円	人	円	人	人
					1,500円	500円		
核酸増幅検査		@5,280 ×	人	円				

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

所在地

医療機関名

職氏名

米子市長 様