

必ずご確認ください

医療法人
ちーば会
理事長押印する場合、
捺印願います

記載例

令和 7年 5月 1日

千葉県風しん抗体検査実績報告書兼請求書

千葉県知事 熊谷 俊人 様

開設者が法人の場合は、登記された法人印を押印してください。個人開設の場合のみ個人印をお願いします（シャチハタは不可）。

検査申込票の受付月ごとの請求となります。結果説明月ではありません。（複数月分の合算は不可）

医療機関所在地 千葉市中央区市場町

医療機関名 ちーば診療所

開設者 医療法人社団ちーば会

医療法人名・理事長と記入

理事長千葉太郎

医療法人
ちーば会
理事長

本件責任者：

本件担当者：

本件連絡先：

令和 7年 4月実施分の風しん抗体検査が
請求します。本件責任者等の記載があれば押印省略が可能です。
（記載例）

本件責任者：同上 本件担当者：〇〇 〇〇

（所 属（同上）・役 職）

本件連絡先：043-000-9999

1) 請求額

※実施検査方法に☒チェックしてください。以下の検査方法以外は本事業の対象外です。

項 目	単価（消費税込）A	受検者数 B	請求額 A×B
風しん抗体検査	1人あたり		
(EIA 法 IgG)	☒ 6,750円	1人	6,750円
(HI 法)	☐ 5,540円	人	円
	合 計	1人	6,750円

2) 振込先金融機関

銀行・支店名の記載もお忘れなく

県庁銀行	予防支店	口座名義人
預金種別	口座番号	氏名 フリガナ
普通・当座	0002691	イ) チーバカイ リジチョウ チバタロウ (医社) ちーば会 理事長千葉太郎

<留意事項>

口座名義人が法人の場合は、上記「開設者」に法人名称・代表者 職 氏名をご記入ください。

<この報告書兼請求書の送付先>

〒260-8667（住所不要）

千葉県健康福祉部疾病対策課 風しん抗体検査担当

※実施月の翌月末日までに必ず上記あて送付をお願いします。

※検査申込票の様式2「風しん抗体検査申込票「県疾病対策課控」」を添付して下さい。