

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

医療機関所在地
医療機関名
開設者 印

〔 本件責任者： 本件担当者：
本件連絡先： 〕

令和 年 月実施分の風しん抗体検査が完了いたしましたので、下記のとおり
請求します。

記

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）	□ 6，7 5 0 円	人	円
（HI 法）	□ 5，5 4 0 円	人	円
	合 計	人	円

2) 振込先金融機関

銀行 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		

<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。