

必ずご確認ください

医療法人
ちーば会
理事長

捨印
願います

記載例

令和 4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

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)

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でお願いします(シャチハタは不可)。

医療機関所在地 千葉県千葉市中央区

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

令和 4年 4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)	<input checked="" type="checkbox"/> 6,750円	1人	6,750円
(HI 法)	<input type="checkbox"/> 5,480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。