

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)	<input type="checkbox"/> 6,750円	人	円
(HI法)	<input type="checkbox"/> 5,540円 ※実施：令和8年5月末日まで	人	円
(EIA法 IgG)	<input type="checkbox"/> 6,770円	人	円
(HI法)	<input type="checkbox"/> 5,560円 ※実施：令和8年6月1日以降	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）

千葉県健康福祉部健康福祉政策課 風しん抗体検査担当

※実施月の翌月末日又は年度末等で別途指定した期日までに上記宛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「県健康福祉政策課控」」を添付して下さい。