様式４

令和　　年　　月　　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

医療機関所在地
医療機関名
開　設　者　　　　　　　　　　　印

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）	□　６，７５０円	人	円
（HI 法）	□　５，４８０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　ﾌﾘｶﾞﾅ
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。