

令和2年度埼玉県風しん抗体検査実施状況報告書兼請求書

金額の記入は3か所

請求金額 ￥ 10,820 (消費税及び地方消費税を含む)

(内訳)

検査方法	委託単価(円) (消費税及び地方消費税を含む)	検査件数	金額(円)
HI法抗体検査	5,410	2	￥ 10,820
EIA(IgG)法抗体検査	6,800		
合計			￥ 10,820 -

検査委託料を上記のとおり請求しますので、下記の口座に振り込んでください。

令和 年 ○ 月 ○ 日

(あて先) 埼玉県知事
(保健医療部保健医療政策課)

医療機関が法人の場合の記入例

<検査実施医療機関>

所在地	330-9301	さいたま市浦和区高砂3-15-1
電話番号	048-830-3557	
医療機関名	医療法人 彩庁会 彩の国医院	
代表者名	理事長 彩之 國男	印

(認印は可。シキチハタは不可。)

代表者印が必要です

<振込口座>

金融機関名	彩の国 銀行	浦和駅前 支店 出張所
預金種目	<input type="checkbox"/> に✓をつけてください <input checked="" type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座
口座番号	No. 0000001	
フリガナ 口座名義	(フリガナ) イ)サイチョウカ イ (口座名義) 医療法人 彩庁 会	

提出期間

検査翌月の1日～15日

添付書類

- ① 検査結果等が記入済みの埼玉県風しん抗体検査申込書兼結果通知書(様式1)(写し可)
- ② 検査機関が発行した検査結果票(写し可)

添付書類を確認！特に検査結果

送付先

〒330-9301 埼玉県さいたま市浦和区高砂三丁目15番1号
埼玉県保健医療部保健医療政策課 感染症・新型インフルエンザ対策担当