

令和6年度埼玉県風しん抗体検査実施状況報告書兼請求書

請求金額 **10,960** 円 (消費税及び地方消費税を含む)

金額は3か所に記入してください

(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	5,480	2	10,960
EIA(IgG)法抗体検査	6,750		
合計			10,960

備考: EIA法は検査キットの不足等によりHI法による検査が不能となった場合に限りです。

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 6年 4月 26日

(あて先) 埼玉県知事
(保健医療部感染症対策課)

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 埼玉県さいたま市浦和区高砂3-15-1
電話番号	048-830-7330
医療機関名	医療法人 彩庁会 こぼとんクリニック
代表者名	理事長 彩之國男

<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	□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.	9876543	
フリガナ 口座名義	(フリガナ)	イサイチョウカイリジチョウサイノクニオ	
	(口座名義)	医療法人 彩庁会 理事長 彩之國男	

提出期間

検査翌月の1日~15日(3月実施分については、3月31日まで)

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)
- ③ 振込先の口座情報が分かる書類(通帳の表面+通帳を開いた1・2ページ目 の写し等)

必ず添付して

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
埼玉県保健医療部感染症対策課 感染症担当