

分娩前ウイルス検査業務委託料請求書 (令和 年 月分)

年 月 日

(埼玉県知事・さいたま市長・川越市長・川口市長・越谷市長) 様

郵便番号

医療機関所在地

医療機関名称

代表者職・氏名
----- 印

担当者
所属・氏名
----- 電話番号

不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査業務委託契約書第8条第1項の規定により、次のとおり分娩前ウイルス検査業務委託料を請求します。

請求金額 金 円

	単 価	検査種別	件 数	請求額
1	20,000円		件	円
2	円		件	円
3	円		件	円
4	円		件	円
		合 計	件	円
		うち、陽性件数	件	

※請求する検査の分の検査申込書（別紙1-2）の写しを添付してください。

《振込先》

金融機関名	メガナ	支店名	メガナ
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	No.
口座名義人	メガナ		

【本請求書の提出先】

自治体	郵便番号	住所	担当課所	連絡先
埼玉県	330-9301	さいたま市浦和区高砂 3-15-1	埼玉県健康長寿課 母子保健担当	048-830-3561
さいたま市	338-0013	さいたま市中央区鈴谷 7-5-12	さいたま市保健所 地域保健支援課	048-840-2208
川越市	350-1104	川越市小ヶ谷817-1(総 合保健センター1階)	健康づくり支援課	049-229-4121
川口市	332-0026	川口市南町1-9-20	川口市保健所地域保健セン ター 母子保健係	048-256-2022
越谷市	343-0023	越谷市東越谷10-31	越谷市市民健康課 (越谷市保健センター)	048-961-8040

分娩前ウイルス検査業務実施報告書（令和 年 月分）

年 月 日

（埼玉県知事・さいたま市長・川越市長・川口市長・越谷市長） 様

郵便番号

医療機関所在地

医療機関名称

代表者職・氏名
----- 印

担当者
所属・氏名
----- 電話番号

添付した検査申込書のとおり標記検査を実施したので報告します。

請求金額 金 円

	単 価	検査種別	件 数	請求額
1	20,000円		件	円
2	円		件	円
3	円		件	円
4	円		件	円
		合 計	件	円
		うち、陽性件数	件	

※請求する検査の分の検査申込書（別紙1-2）の写しを添付してください。

《振込先》

金融機関名	メガナ	支店名	メガナ
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	No.
口座名義人	メガナ		

【本請求書の提出先】

自治体	郵便番号	住所	担当課所	連絡先
埼玉県	330-9301	さいたま市浦和区高砂 3-15-1	埼玉県健康長寿課 母子保健担当	048-830-3561
さいたま市	338-0013	さいたま市中央区鈴谷 7-5-12	さいたま市保健所 地域保健支援課	048-840-2208
川越市	350-1104	川越市小ヶ谷817-1(総 合保健センター1階)	健康づくり支援課	049-229-4121
川口市	332-0026	川口市南町1-9-20	川口市保健所地域保健セン ター 母子保健係	048-256-2022
越谷市	343-0023	越谷市東越谷10-31	越谷市市民健康課 (越谷市保健センター)	048-961-8040

分娩前ウイルス検査業務委託料支払決定通知書 (令和 年 月分)

年 月 日

委託医療機関の長 様

(埼玉県知事・
さいたま市長・川越市長
川口市長・越谷市長)

印

年 月 日付けで実施報告のありました分娩前ウイルス検査(年 月分)に係る業務委託料について、下記のとおり支払いを決定します。

支払決定額 金 円

	単 価	検査種別	件 数	請求額
1	20,000円		件	円
2	円		件	円
3	円		件	円
4	円		件	円
		合 計	件	円
		うち、陽性件数	件	