

## 令和8年度埼玉県風しん抗体検査請求書

請求金額 **5,540** 円 (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	5,540	1	5,540
EIA(IgG)法抗体検査	6,750		0
合計			5,540

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 **8** 年 **5** 月 **15** 日(あて先) 埼玉県知事  
(保健医療部感染症対策課)

## &lt;検査実施医療機関&gt;

所在地	〒 <b>330-9301</b> 埼玉県 <b>さいたま市浦和区高砂3-15-1</b>
電話番号	<b>048-830-7330</b>
医療機関名	<b>医療法人〇〇会 〇〇クリニック</b>
代表者名	<b>理事長 〇〇 〇〇</b> ※法人の代表者の役職及び氏名を記載してください。

## &lt;振込口座&gt;

金融機関名	〇〇 銀行 〇〇 <b>支店</b> 出張所
預金種目	□に✓をつけてください <input checked="" type="checkbox"/> 普通 □ 当座
口座番号	No. <b>0000000</b> ※7桁未満の場合は、頭に0をつけて7桁にしてください。
フリガナ 口座名義	(フリガナ) <b>イ) 〇〇カイ 〇〇クリニック</b> ※全て大文字で記載してください。 (口座名義) <b>医療法人〇〇会</b>

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)

送付先

宛 先: 埼玉県保健医療部感染症対策課 感染症担当  
郵 送: 〒330-9301 埼玉県さいたま市浦和区高砂三丁目15番1号  
メール: a3510-21@pref.saitama.lg.jp