

請求金額、医療機関名、振込口座は、枠内に正しくご記入ください
(ゴム印・シールは避けていただけると幸いです)

様式4(検査実施医療機関→埼玉県知事)

令和7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 5,540 (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		
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 7 年 4 月 26 日

(あて先) 埼玉県知事
(保健医療部感染症対策課)

<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 こばとんクリニック
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 ☒ 普通 □ 当座
口座番号	No. 9876543 (7桁未満の場合は、頭に0を付けて7桁にしてください)
フリガナ 口座名義	(フリガナ) イ) サイチヨウカイリジチヨウサイノクニオ (口座名義) 医療法人 彩庁会 理事長 彩之 國男

役職 氏名を
ご記入ください

全て大文字でご記入ください
(ッ→ツ)

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	〒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