[様式３]

令和８(2026)年度麻しん・風しん抗体検査実施状況報告書兼請求書

請求金額　　円　（　　月分）

（内　訳）

項　目	麻しん抗体検査	風しん抗体検査	麻しん・風しん抗体検査
委託単価	７，４２５　円	６，０９４　円	８，２９４　円
人　数	人	人	人
小　計	円	円	円
合　計			円

※麻しんの場合はEIA法以外、風しんの場合はHI法以外で検査を実施した場合も委託単価は上記の単価となります。
なお、検査の委託単価を上回った場合も、検査対象者に費用を請求することはできません。

上記のとおり請求します。

令和　　９年　　月　　日

栃木県知事　　様

医療機関情報	名　称	
	所在地	
	代表者名	
	請求責任者名	
	請求担当者名	
	電話番号	
振込口座情報	金融機関名	（　　支店）
	預金種目	□ 普通　□ 当座
	口座番号	
	口座名義	※カタカナで記載してください

＜請求書の送付先＞

〒320-8501　栃木県宇都宮市塙田１－１－２０

栃木県保健福祉部感染症・疾病対策課　感染症対策室

TEL：028-623-2834

注１）検査結果通知月の翌月１０日までに上記宛て送付をお願いします。

※麻しん・風しん抗体検査申込書の結果通知日が空欄の場合は、お支払いできません。
期限までに送付がない場合は、支払いが不可能な場合があります。

注２）受検者が記入した麻しん・風しん抗体検査申込書の写しを添付してください。（必須）