

[様式3]

令和7(2025)年度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	委 託 単 価	人 数
風しん抗体検査 ※	6, 0 9 4 円	人

※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 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

栃木県宇都宮市埴田1-1-20

栃木県保健福祉部感染症対策課 感染症対策担当

TEL: 028-623-2834

注1) 実施月の翌月10日までに上記宛て送付をお願いします。

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