

[様式3]

令和8(2026)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 ※	6,094 円	人

※H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	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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。

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