

風しん抗体検査費用請求書

年 月 日

静岡県知事 様

医療機関名
住 所
氏 名

※ 振込先が法人名義の場合は、法人名、法人の住所、代表者名を記載

年 月の風しん抗体検査実施分について委託料を請求します。

請求金額							円
------	--	--	--	--	--	--	---

風しん抗体検査費用請求内訳

検査項目	単価(A) (税込み)	件数(B)	合計金額(A)×(B)
H I 法 L T I 法	5,449円	件	円
E I A 法 C L E I A 法 E L F A 法 F I A 法 C L I A 法	6,865円	件	円

※ 実施報告書（様式第1号の2）及び請求書（様式第3号）の提出期限は、検査月の翌月末までです。（ただし、3月実施分については、提出期限を4月15日までとします。）

【振込先】

金融機関・支店名
口座種別
口座番号
口座名義

発行責任者 職名・氏名
作成者 所属・氏名
連絡先 電話番号