

令和8年度埼玉県風しん抗体検査請求書

請求金額 _____ 円 (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		
EIA(IgG)法抗体検査	6,750		
合計			

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ます。

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 年 月 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	〒 _____ 埼玉県
電話番号	
医療機関名	
代表者名	

<振込口座>

金融機関名	銀行 _____ 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. _____
フリガナ 口座名義	(フリガナ) _____ (口座名義) _____

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) ② 検査機関が発行した検査結果票(写し) 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	宛 先: 埼玉県保健医療部感染症対策課 感染症担当 郵 送: 〒330-9301 埼玉県さいたま市浦和区高砂三丁目15番1号 メール: a3510-21@pref.saitama.lg.jp