別紙様式第５号

# 令和５年度群馬県風しん抗体検査事業（前橋市民及び高崎市民を除く）
# 実施報告書兼委託料請求書

群馬県知事　　様

年　　月　　日

医療機関名
所在地
代表者名　　印
電話番号

年　　月実施の風しん抗体検査について、下記のとおり委託料を請求します。

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

| 風しん抗体検査　件数 | 委託単価 |
|---|---|
| 件 | ５，４８０円 |

令和５年度実施分の委託単価は１件あたり５,４８０円です。
委託料には初診料、採血料、検査料、判断料が含まれます。

振込先

| 金融機関名 | 銀行　　本店・支店 |
|---|---|
| 種別 | 普通　　当座　　その他 |
| 口座番号 | |
| （フリガナ） | |
| 口座名義人 | |

※「令和５年度群馬県風しん抗体検査受診券（前橋市民及び高崎市民を除く）」を添付してください。