

福岡県風しん抗体検査実施報告書兼請求書

公益社団法人 福岡県医師会長 殿

住 所
医療機関名
代 表 者

令和 年度 月分の風しん抗体検査が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

記

1 請求額

右の金額を 請求します	請求 金額										円
----------------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

2 摘要

委託業務名	福岡県風しん抗体検査実施業務	
請求金額 (合計) ①+②	①	円 + ② 円 = 円
① HI 法、LTI 法	円/件 × 実績件数	件 = 円※
実績件数内訳	妊娠希望者 件、妊娠希望者及び妊婦の配偶者 件、妊娠希望者及び妊婦の同居者 件	
② EIA 法、ELFA 法、 GLEIA 法、FIA 法、 CLIA 法	円/件 × 実績件数	件 = 円※
実績件数内訳	妊娠希望者 件、妊娠希望者及び妊婦の配偶者 件、妊娠希望者及び妊婦の同居者 件	
請求区分	精 算 請 求	

3 振込先金融機関 (※先に提出した内容に変更がある場合のみご記入ください。)

銀行		支店	口座名義人
預 金 種 目	普通預金 当座預金 貯蓄預金	口 座 番 号	㊦がナ 氏名