

年 月 日

宮崎県医師会長 殿

医療機関名称・所在地
代表者氏名
(管理者または院長)

宮崎県風しん抗体検査に係る報告及び委託料の請求について

このことについて、風しん抗体検査問診票・報告書を添えて、下記のとおり請求します。

記

年 月分 請求額 円

(内訳)

検査項目	件数	委託料単価 (消費税10%込)	計
風しん抗体検査 (HI法・LTI法・ICA法)	件	5,885 円	円
風しん抗体検査 (EIA法・ELFA法・CLEIA法 ・FIA法・CLIA法)	件	7,216 円	円
合計(消費税10%込請求額)			円

振 込 口 座	金融機関名	銀行	支店
	預金の種類	普通・当座	
	口座番号		
	フリガナ (必ず記入)		
	口座名義 (正確に記入)		

※問診で検査対象外となった方の問診票・報告書及び請求書の提出は不要です。

※宮崎県医師会への請求にあたり、インボイス登録番号の記入は不要です。