

風しん抗体検査委託料請求書兼内訳書

3-3

(医療機関控用)

検査方法	委託単価	件数	金額
E I A 法	6,750円	件	円
H I 法	5,480円	件	円
合計		件	円

(内訳書記入方法)
①翌月初めに1か月の集計をしてください。
②検査方法ごとに、受検者数を記入してください。

風しん抗体検査委託料を上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

所在地及び名称
代表者氏名

鹿児島市長 殿

(キリトリ線1)

医療機関→市[県]医師会

風しん抗体検査委託料請求書兼内訳書

3-2

(市[県]医師会控用)

検査方法	委託単価	件数	金額
E I A 法	6,750円	件	円
H I 法	5,480円	件	円
合計		件	円

(内訳書記入方法)
①翌月初めに1か月の集計をしてください。
②検査方法ごとに、受検者数を記入してください。

風しん抗体検査委託料を上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

所在地及び名称
代表者氏名

鹿児島市長 殿

(キリトリ線2)

医療機関→市[県]医師会→鹿児島市

風しん抗体検査委託料請求書兼内訳書

3-1

(鹿児島市提出用)

検査方法	委託単価	件数	金額
E I A 法	6,750円	件	円
H I 法	5,480円	件	円
合計		件	円

(内訳書記入方法)
①翌月初めに1か月の集計をしてください。
②検査方法ごとに、受検者数を記入してください。

風しん抗体検査委託料を上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

所在地及び名称
代表者氏名

鹿児島市長 殿

押印を省略する場合は、記入してください。

(担当者：氏名

電話

)

風しん抗体検査委託料請求書兼内訳書

記入例

3-3

(医療機関控用)

(令和 5 年 4 月分)

検査方法	委託単価	件数	金額
E I A 法	6,750円	5件	33,750円
H I 法	5,480円	5件	27,400円
合計		10件	61,150円

(内訳書記入方法)
①翌月初めに1か月の集計をしてください。
②検査方法ごとに、受検者数を記入してください。

風しん抗体検査委託料を上記のとおり請求します。

令和 5 年 5 月 10 日

所在地及び名称
代表者氏名

医療法人 山下クリニック
理事長 山下 太郎

鹿児島市長 殿

ここで切り取ってください。

(キリトリ線1)

医療機関→市[県]医師会

風しん抗体検査委託料請求書兼内訳書

3-2

(市[県]医師会控用)

(令和 5 年 4 月分)

検査方法	委託単価	件数	金額
E I A 法	6,750円	5件	33,750円
H I 法	5,480円	5件	27,400円
合計		10件	61,150円

(内訳書記入方法)
①翌月初めに1か月の集計をしてください。
②検査方法ごとに、受検者数を記入してください。

市医師会会員でない医療機関は、3-2の作成不要です。

風しん抗体検査委託料を上記のとおり請求します。

令和 5 年 5 月 10 日

所在地及び名称
代表者氏名

医療法人 山下クリニック
理事長 山下 太郎

鹿児島市長 殿

(キリトリ線2)

医療機関→市[県]医師会→鹿児島市

風しん抗体検査委託料請求書兼内訳書

3-1

(鹿児島市提出用)

(令和 5 年 4 月分)

検査方法	委託単価	件数	金額
E I A 法	6,750円	5件	33,750円
H I 法	5,480円	5件	27,400円
合計		10件	61,150円

(内訳書記入方法)
①翌月初めに1か月の集計をしてください。
②検査方法ごとに、受検者数を記入してください。

押印を省略できます。
※省略する場合は、担当者の氏名(フルネーム)と電話番号を記載ください。

風しん抗体検査委託料を上記のとおり請求します。

座版でも可です。
法人は理事長印を
個人の場合は代表者の印を
押印してください。

令和 5 年 5 月 10 日

所在地及び名称
代表者氏名

医療法人 山下クリニック
理事長 山下 太郎

鹿児島市長 殿

理事長印

押印を省略する場合は、記入してください。

(担当者：氏名 電話)