

記入例：医療機関用

様式 4

▲▲ ○年 ○月 ○日

岩手県知事 様

所在地 岩手県○○市○○町○番○号
法人名 医療法人○○○○
医療機関名 ○○病院
代表者職・氏名 ○○長○○○○



岩手県風しん抗体検査委託料請求書

岩手県風しん抗体検査事業委託契約書第8第1項の規定により次のとおり委託料を請求します。

請求金額 ○○,○○○ 円 ← この金額は一致します。

請求内訳

実施月	検査方法	検査件数 (A)	単価 (B)	金額 (A)×(B)	備考
年 月	H I 法	○○件	6,094 円	00,000 円	
	E I A 法	○○件	6,750 円	0,000 円	
合計		○○件		00,000 円	

※ 「実施月」は、「検査結果を対象者に通知した月」であることに留意すること
【例】：採血した月が「4月」で、結果通知をした月が「5月」の場合、**実施月は「5月」**となります。
※原則として令和8年3月31日までに検査結果を相手方に通知できるよう、検査を実施すること。

口座振込先

金融機関名 () 店舗名 ()

預金種別 (1 普通、2 当座、3 その他)

口座番号

--	--	--	--	--	--	--

 (右づめ)

口座名義 () (カタカナ書き)

- ↑
- ① 口座振込先は、正確に御記入ください。
② 口座名義は、カタカナでの記入をお願いします。
(口座振込先欄にハンコ(上記内容が記載されたハンコ等)を押印される医療機関においては、口座名義が漢字表記である場合、必ずフリガナを御記入願います。)