

令和6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

[申請者]

所在地

開設者名（法人の場合は法人名）

代表者名

電話番号

医療機関名

印

※法人の場合、代表者印

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

採血した月	実施件数	委託単価	金額
4月～5月	件	5,480円	円
6月～3月	件	5,540円	円

委託料には初診料、採血料、検査料、判断料が含まれます。

令和6年度実施分の請求は、令和7年4月10日までに郡市医師会へ提出してください。

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6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。

※ 申請者名と口座名義人が異なる場合は、下記委任状についても御記入ください。

委任状

私は、令和6年群馬県風しん抗体検査事業に係る委託料の受領に関する権限を、
上記口座名義人に委任します。

委任者 住所
氏名

印