**令和７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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※法人の場合、代表者印

電話番号

医療機関名

　　　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** |

|  |  |
| --- | --- |
| 風しん抗体検査　件数 | 委託単価 |
| 件 | ５，５４０円（税込） |

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７年度実施分の請求は、令和８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７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。

印

**委任状**

　　　私は、令和７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**