別紙共通様式第５号

令和８年度群馬県麻しん・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

電話番号　　※法人の場合、代表者印

医療機関名

年　　月実施分について、下記のとおり委託料を請求します。

請求金額							**円**

内訳	委託単価	件数	金額
麻しん・風しん抗体検査※	７,５４０円（税込）	件	円
麻しん抗体検査	６,７５０円（税込）	件	円
風しん抗体検査	５,５４０円（税込）	件	円

※麻しん・風しん同時検査の場合には、１件（麻しん１件＋風しん１件）あたり、７,５４０円となります。

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８年度実施分の請求は、令和９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８年度群馬県麻しん・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８年度群馬県麻しん・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