

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

Table with 6 columns: 実施月, 検査方法, 検査件数 (A), 単価 (B), 金額 (A) x (B), 備考. It includes rows for HI法, EIA法, and a total row.

※ 「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。
《注意》※年度末である「3月」実施分については、取扱いが異なります。
「3月」に検査を受付けた（採血した）ものの取扱いについては、おって通知します。

口座振込先

Form for bank transfer details including fields for 金融機関名 (Financial Institution Name), 店舗名 (Branch Name), 預金種別 (Deposit Type), 口座番号 (Account Number), and 口座名義 (Account Name).

- 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。)