別紙様式２

　　年　　月　　日

**和歌山県風しん抗体検査実績報告書兼請求書**

　和　歌　山　県　知　事　　　 様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　 　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

年　　月分の風しん抗体検査が完了しましたので、下記のとおり請求します。

記

１）請 求 額

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検 査 項 目 | 1件あたりの料金 | 件 数 | 合 計 |
| E I A 法 | 　　　　　円　　　　　　　　 |  |  |
| H I 法 | 　　　　　円　　　　　　　　 |  |  |
| 請　求　金　額 |  |  |  |

２）理 由

|  |  |
| --- | --- |
| 検 査 の 対 象 者 | 件 数 |
| * 妊娠を希望する女性
 |  |
| * 妊娠を希望する女性の配偶者
 |  |
| * 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者
 |  |
| 合 計 |  |

 （振込先金融機関）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 銀行 |  | 支店 |  口座名義人 |  |  |
| 普通預金当座預金貯蓄預金 | 口座番号 |  | ﾌﾘｶﾞﾅ氏名 |  |  |