

保険医療機関等番号

令和 年 月 日

佐賀県知事様

委託保険医療機関等の
所在地及び名称開設者氏名
連絡先

佐賀県風しん抗体検査事業 実施報告書（令和 年 月分）

委託契約に基づき、風しん抗体検査を次のとおり実施したので、問診票を添えて報告いたします。

風しん抗体検査	抗体検査の種類		委託料単価(円)	件数	金額(円)
	1	HI法			
	2	EIA法			

※税込額を記入。

単価は実施年度の単価を記入すること。

委託料単価（実施年度で単価が変わります）

- 令和元年度実施分 6,210円
（平成31年4月～令和2年3月）

- 令和2年度実施分 6,320円
（令和2年4月～令和3年3月）

- 令和3年度実施分 6,358円
（令和3年4月～令和4年3月）

- 令和4、5年度実施分 6,413円
（令和4年4月～令和6年3月）

- 令和6年度実施分 6,413円①
6,479円②

- ①：令和6年4月～令和6年5月

- ②：令和6年6月～令和7年3月