

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。

Table with 5 columns: 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※). Rows include HI法 and EIA法.

※税込み価格を記載。
単価は実施年度の単価を記載。

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)
・令和7年度実施分 6,523円 (令和7年4月～令和8年3月)
・令和8年度実施分 6,514円 (令和8年4月～令和9年3月)