

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)