会員各先生
埼玉県医師会より周知依頼がございましたのでお知らせいたします。　　草加八潮医師会

埼医業Ｉ第６００号
令和８年５月２９日

郡 市 医 師 会 長　　殿
（ 担 当 理 事 ）

埼 玉 県 医 師 会 長　　金井　忠男
（担当常任理事　　髙木　学）
（公印省略）

令和８年度埼玉県風しん抗体検査事業実施要綱の周知について（依頼）

時下、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。
標記事業につきまして、令和８年２月９日付、埼医業Ｉ第２６０３号を以て参加医療機関のお取りまとめをいただいた際に、要綱（案）を添付させていただきましたが、このたび、埼玉県感染症対策課から確定した要綱等が送付されました。参加医療機関におかれましては既に事業を行っていただいているところでありますが、ご周知くださるようお願いします。
なお、事業内容、検査委託料等に変更はございません。検査申込書や請求書の様式等は、埼玉県のホームページに掲載されておりますことを申し添えます。
【埼玉県ホームページ】
http://www.pref.saitama.lg.jp/a0701/fuusinn-kanzyazouka.html

記

＜留意事項＞
１．申込書兼検査結果通知書（様式１）の原本は、医療機関が保管してください。
２．**契 約 期 間**：令和８年４月１日～令和９年３月 31 日
３．**検 査 対 象**：実施要綱の３ 検査対象者 に記載のとおり。対象要件を満たさない場合、検査委託料が支払われませんので、ご注意ください。
４．**検 査 方 法**：原則、ＨＩ法です。検査キットの不足等により、ＨＩ法による検査が不可能な場合のみ、ＥＩＡ（ＩgG）法での検査が対象となります。
５．**検査委託料**：１件当たり　ＨＩ法での検査 5,540 円（ＥＩＡ法での検査 6,750 円）
６．**請求書送付・問合せ先**：埼玉県保健医療部感染症対策課　感染症担当あて
〒330-9301　埼玉県さいたま市浦和区高砂 3-15-1
TEL　０４８－８３０－７３３０
E-mail　a3510-21@pref.saitama.lg.jp
※検査を実施した月の翌月 15 日まで（３月実施分については、３月 31 日まで）必着で、請求は毎月行ってください。
※要綱内の様式３は、埼玉県の関連様式のため割愛しました。

担当：埼玉県医師会　業務Ｉ担当（飯野）
ＴＥＬ：０４８－８２４－２６１１
ＦＡＸ：０４８－８２２－８５１５
E-mail：iino@office.saitama.med.or.jp