大平洋金属健康保険組合 御中

保険証「記号—番号」

被 保 険 者 名

令和7年度 住民（自治体）健診料請求書

住民（自治体）健診を受けたので健診費用を下記のとおり請求いたします。

健診受診者	氏 名	続柄	年度末時点の年齢	生年月日(和暦)	居住市区町村名
				S H	

(受けた項目に☑印をつけ、請求額欄にご記入下さい。)

健 診 (検査) 項 目	請 求 額 (円)	健保決定額 (円)
☐ 一般（基本）健診		
☐ 肺がん検査（X線間接撮影）		
☐ 胃がん検査（X線間接・直接撮影）		
☐ 大腸がん検査（ ☐ 1回法 / ☐ 2回法）		
☐ 前立腺検査（採血によるP S A検査）		
☐ 子宮がん検査	☐ 頸部細胞診	
	☐ 体部細胞診	
☐ 乳がん検査	☐ 画像または超音波	
	☐ 視触診のみ受診 ※	
☐ 骨粗しょう症検査		
☐ 肝炎ウイルス検査（HCV 抗体+HBs 抗原）		
請 求 額 合 計		

※「視触診」は、画像または超音波検査を受診していないときのみ請求できます

*受診項目が記載された領収書を請求書にホチキス留めして下さい

「健保決定欄」

健保補助金決定額

円