

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 健診 太郎

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
	健診 花子	妻	40	S H 60 年 4 月 3 日	八戸市

（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		2, 2 6 0	
☐ 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	1, 0 0 0	
	☐ 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		3, 2 6 0	

※「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