

令和 2年 4月15日

大平洋金属健康保険組合 御中

保険証「記号—番号」 90-9999

被 保 険 者 名 大平 健太

令和2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 | 居住市区町村名 |
|-------|-------|----|--------------|-----------|---------|
| | 大平 保子 | 妻 | 53 | 昭和42年2月1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) |
|-------------------------------------|--|--|-----------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 一般 (基本) 健診 | 1,040- | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 肺がん検査 (X線間接撮影) | 400- | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 胃がん検査 (X線間接・直接撮影) | 1,000- | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 大腸がん検査 (<input type="checkbox"/> 1回法 / <input checked="" type="checkbox"/> 2回法) | 600- | |
| <input type="checkbox"/> | 前立腺検査 (採血によるPSA検査) | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 子宮がん検査 | <input checked="" type="checkbox"/> 頸部細胞診 | 1,000- |
| | | <input type="checkbox"/> 体部細胞診 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 乳がん検査 | <input checked="" type="checkbox"/> 画像または超音波 | 2,160- |
| | | <input type="checkbox"/> 視触診のみ受診 ※ | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 骨粗しょう症検査 | 1,000- | |
| <input type="checkbox"/> | 肝炎ウイルス検査 (HCV抗体+HBs抗原) | | |
| 請 求 額 合 計 | | 7,200- | |

※「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