

要ご返信 FAX 027-373-1616

健康診断ご担当者様

健康診断をご受診いただいた際のご本人（受診者様）負担分費用の請求方法について、下記の確認票をご記入いただき、FAXにてご返信くださいますようお願いいたします。

医療法人社団 三愛会 三愛クリニック 事務処理課
TEL 027-373-3111 FAX 027-373-1616

利用料金確認票

| | | | | | | | |
|---------------|---|-------|--|------------------|---|--|--|
| 貴社名 | | | | ご担当者名 | | | |
| 問診票・検査キット等送付先 | 〒 | | | 請求書・健診結果（貴社控）送付先 | 〒 | | |
| 電話番号 | | FAX番号 | | Mail | | | |
| 健康保険組合 | | | | 支部 | | | |
| 保険者番号 | | | | 保険証記号 | | | |

受診者様負担分の請求について、該当するものに○を記入してください。

| No | 全国健康保険協会（協会けんぽ）の方 | 後日会社請求 | 当日窓口支払 | 金額 | 対象年齢等 |
|----|------------------------------|--------|--------|--------|----------------------|
| 1 | 一般健診基本検査※1 (医師の判断で実施する眼底) | | | 5,282 | 35歳以上被保険者 |
| | | | | 79 | 当日追加の場合があります。 |
| 2 | 付加（補助対象年齢） | | | 2,689 | 年度年齢40歳・50歳の被保険者 |
| 3 | 子宮がん検診（補助対象年齢） | | | 970 | 年度年齢20歳以上の偶数年齢 |
| 4 | マンモグラフィ（補助対象年齢） | | | 1,574 | 年度年齢40歳～48歳の偶数年齢 |
| | | | | 1,013 | 年度年齢50歳以上の偶数年齢 |
| 5 | 付加（対象外） | | | 9,603 | 40歳・50歳を除く35歳以上の被保険者 |
| 6 | ドック切替 | | | 17,818 | 35歳以上の被保険者 |
| 7 | 子宮がん検診（補助対象外） | | | 3,850 | 年度年齢20歳以上の奇数年齢 |
| 8 | マンモグラフィ（補助対象外） | | | 6,380 | 39歳以下及び奇数年齢 |
| 9 | 胃カメラ切替 | | | 5,280 | |
| 10 | その他受診者希望のオプション※1 | | | | |

※1： 必須で記入をお願いします。

No1～4は協会けんぽの補助が受けられる健診です。No5～は希望(オプション)の追加項目です。

| No | 組合健保・事業所健診等の方 | 後日会社請求 | 当日窓口支払 | 備考 ※補足があればご記入ください |
|----|-------------------|--------|--------|-------------------|
| 1 | 健診基本検査 | | | |
| 2 | 医師の判断で実施する検査 | | | |
| 3 | 健康保険組合の補助があるオプション | | | |
| 4 | その他受診者希望のオプション | | | |

その他 特記事項がありましたら、下欄にご記入ください。

例： オプションのうち、PSAのみ当日窓口支払、その他は後日会社請求
領収書は基本検査（宛名は会社名）とオプション（個人名）で分けて発行 等ご記入ください。

領収書宛名指定： なし(受診者様名) ・ あり []