

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 []