

健康診断ご担当者様

健康診断を受診されるご本人様（受診者様）が負担される費用の支払い方法（後日会社請求または当日窓口支払）を

ご記入のうえ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・検査キット送付先	〒			請求書・結果票(会社控)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、当日窓口でお支払の検査項目**全て**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 (税込)	対象年齢等
1	一般健診基本検査※1			5,282	今年度35歳以上の被保険者
	医師の判断で実施する眼底検査			79	当日追加の場合があります。
2	付加健診	補助対象年齢		2,689	今年度40・45・50・55・60・65・70歳の被保険者
3	子宮頸がん検診			970	今年度20歳以上かつ偶数年齢
4	マンモグラフィ検査			1,574	今年度40歳～48歳かつ偶数年齢
				1,013	今年度50歳以上かつ偶数年齢
5	付加健診	補助対象外		9,603	上記年齢を除く35歳以上の被保険者
6	子宮頸がん検診			3,960	今年度20歳以上かつ奇数年齢
7	マンモグラフィ検査			6,380	今年度39歳以下または奇数年齢
8	人間ドックへの切替			18,918	今年度35歳以上の被保険者
9	胃カメラ検査への切替			5,940	
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。

No.1～No.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	健保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			

そのほか特記事項がありましたら、下の欄にご記入ください。

例： オプション検査のうち、PSAのみ当日窓口支払、その他は後日会社請求してほしい  
 領収書は基本検査（宛名は会社名）とオプション（個人名）で分けて発行してほしい等

領収書宛名指定(当日窓口支払の場合)： なし(受診者様名) ・ あり [ ]