健康診断ご担当者様

2026.04.01

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	株式会社　三愛会		ご担当者名	三愛　太郎	
問診票・検査キット送付先	〒 370-3511 群馬県高崎市金古町1758		請求書・結果票（会社控）送付先	〒 同左	
電話番号	027-373-3111	FAX番号	027-373-1616	Mail	
健康保険組合	全国健康保険協会		支部	群馬	
保険者番号	01100015		保険証記号		

御社の情報を記入してください

受診者様負担分(健診コース・オプション検査)の請求について、下記に○

下記以外の方法をご希望の場合は、内容を【特記事項】に記入してください。

		全国健康保険協会（協会けんぽ）の方	金額（税込）	後日会社請求	当日窓口支払	対象年齢等
健診コース		人間ドック	17,900	○		今年度35～74歳の被保険者 **※オプション検査は「補助対象外」です**
		一般健診	5,500			
		（医師の判断で実施する眼底検査）	80			
		節目健診	8,280			
		若年健診	2,500			今年度20・25・30歳の被保険者
		上記以外（定期健診）	10,450			健保未加入者・若年者・対象年齢外
		上記以外（生活習慣病予防健診）	11,550			
オプション検査	補助対象	子宮頸がん検診	990	○		
		マンモグラフィ検査	1,700			
			980			
		骨粗しょう症検診	430			
		喀痰細胞診検査	590			今年度50歳以上かつ喫煙指数600以上の被保険者
	補助対象外	子宮頸がん検診	4,070		○	
		マンモグラフィ検査	6,380			
		骨粗しょう症検診	3,850			
		喀痰細胞診検査	3,300			
		胃カメラ検査への切替	5,940			
		胃カメラ検査（キャンセル料）	5,940			直前のキャンセルはキャンセル料が発生する場合があります
		胃部X線検査	13,750			生活習慣病予防健診受診者
		便潜血検査	1,870			
		その他受診者希望のオプション				

「健診コース」の料金について、後日会社請求か、当日窓口支払か記入してください

「けんぽの補助があるオプション」の料金について、後日会社請求か、当日窓口支払か記入してください

「けんぽの補助がないオプション」の料金について、後日会社請求か、当日窓口支払か記入してください

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：一般健診分は会社請求、超過分は窓口支払　　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
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

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　[　　]

【特記事項】

補助対象オプションのうち、喀痰検査は窓口支払い

支払方法で上記の表以外のご希望があれば、内容を記入してください

当日窓口支払がある場合、領収書の宛名に指定がある場合は宛名を記入してください