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			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(健診コース・オプション検査)の請求について、下記に○を記入してください。

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			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）		80			当日追加の場合があります。
	節目健診		8,280			今年度40・45・50・55・60・65・70歳の被保険者
	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			今年度20歳以上かつ偶数年齢の被保険者
		マンモグラフィ検査	1,700			今年度40歳～48歳かつ偶数年齢の被保険者
			980			今年度50歳以上かつ偶数年齢の被保険者
		骨粗しょう症検診	430			40～74歳の偶数年齢の女性の被保険者
		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			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
		胃カメラ検査（キャンセル料）	5,940			
		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				

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】