

令和4年4月23日

大平洋金属健康保険組合 御中

保険証「記号-番号」 90-9999

被保険者名 大平 健太

令和4年度 住民（自治体）健診料請求書

住民（自治体）健診を受けたので健診費用を下記のとおり請求いたします。

健診受診者	氏名	続柄	年度末時点の年齢	生年月日	居住市区町村名
	大平 保子	妻	55	昭和42年2月1日	八戸市

（受けた項目に印をつけ、請求額欄にご記入下さい。）

健診（検査）項目	請求額（円）	健保決定額（円）
<input checked="" type="checkbox"/> 一般（基本）健診	1,040-	
<input checked="" type="checkbox"/> 肺がん検査（X線間接撮影）	400-	
<input checked="" type="checkbox"/> 胃がん検査（X線間接・直接撮影）	1,000-	
<input checked="" type="checkbox"/> 大腸がん検査（ <input type="checkbox"/> 1回法/ <input checked="" type="checkbox"/> 2回法）	600-	
<input type="checkbox"/> 前立腺検査（採血によるPSA検査）		
<input checked="" type="checkbox"/> 子宮がん検査	<input checked="" type="checkbox"/> 頸部細胞診	1,000-
	<input type="checkbox"/> 体部細胞診	
<input checked="" type="checkbox"/> 乳がん検査	<input type="checkbox"/> 視触診	
	<input checked="" type="checkbox"/> 画像または超音波	2,160-
<input checked="" type="checkbox"/> 骨粗しょう症検査	1,000-	
<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査（HCV抗体+HBs抗原）		
請求額合計	7,200-	

※「視触診」は、画像または超音波検査を受診していないときのみ請求できます

※受診項目が記載された領収書を請求書にホチキス留めして下さい

「健保決定欄」

健保補助金決定額

円