

令和 年 月 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 健診 太郎

令和5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(和暦)	居住市区町村名
	健診 花子	妻	40	58年4月3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	2,260	
<input type="checkbox"/> 肺がん検査(X線間接撮影)		
<input type="checkbox"/> 胃がん検査(X線間接・直接撮影)		
<input type="checkbox"/> 大腸がん検査(<input type="checkbox"/> 1回法/ <input type="checkbox"/> 2回法)		
<input type="checkbox"/> 前立腺検査(採血によるPSA検査)		
<input type="checkbox"/> 子宮がん検査	<input type="checkbox"/> 頸部細胞診	
	<input type="checkbox"/> 体部細胞診	
<input checked="" type="checkbox"/> 乳がん検査	<input checked="" type="checkbox"/> 画像または超音波	1,000
	<input type="checkbox"/> 視触診のみ受診 ※	
<input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検査		
<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査(HCV抗体+HBs抗原)		
請求額合計	3,260	

※「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