

大平洋金属健康保険組合 御中

保険証「記号—番号」

被 保 険 者 名

令和2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

(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 type="checkbox"/> 一般（基本）健診		
<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P S A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 type="checkbox"/> 乳がん検査	<input type="checkbox"/> 画像または超音波	
	<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		

※「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