

平成 年 月 分

胃がん検診請求書

検診種別 1

殿

健診等機関番号										
健診等機関名称										
所在地	〒 -									
電話番号										
請求者氏名										

平成 年 月 日

下記のとおり請求する。

区分	
集団	個別

保険者(市町村)番号						
0	0					

	単 価	件 数	金 額
上部消化管エックス線 (直接撮影)	円	件	円
上部消化管エックス線 (間接撮影)	円	件	円
上部消化管内視鏡検査	円	件	円
(自己負担)	円	件	円
請求額		件	円

消費税及び地方消費税の額含む。

平成 年 月 分

肺がん検診請求書

検診種別 2

殿

健診等機関番号										
健診等機関名称										
所在地	〒 -									
電話番号										
請求者氏名										

平成 年 月 日

下記のとおり請求する。

区分	
集団	個別

保険者(市町村)番号						
0	0					

	単 価	件 数	金 額
胸部エックス線検査 (直接撮影)	円	件	円
胸部エックス線検査 (間接撮影)	円	件	円
喀痰検査	円	件	円
(自己負担)	円	件	円
請求額		件	円

消費税及び地方消費税の額含む。

平成 年 月 分

大腸がん検診請求書

検診種別	3
------	---

殿

健診等機関番号									
健診等機関名称									
所在地	〒 -								
電話番号									
請求者氏名									

平成 年 月 日

下記のとおり請求する。

区分	
集団	個別

保険者(市町村)番号						
0	0					

	単 価	件 数	金 額
便潜血	円	件	円
(自己負担)	円	件	円
請求額		件	円

消費税及び地方消費税の額含む。

平成 年 月 分

乳がん検診請求書

検診種別 4

殿

健診等機関番号										
健診等機関名称										
所在地	〒 -									
電話番号										
請求者氏名										

平成 年 月 日

下記のとおり請求する。

区分	
集団	個別

保険者(市町村)番号						
0	0					

		単価	件数	金額
乳房視触診			件	円
乳房画像診断 (マンモグラフィー)	1方向		件	円
	2方向		件	円
乳房視触診・乳房画像診断 (マンモグラフィー)	1方向		件	円
	2方向		件	円
(自己負担)			件	円
請求額			件	円

消費税及び地方消費税の額含む。

平成 年 月 分

子宮がん検診請求書

検診種別 5

殿

健診等機関番号										
健診等機関名称										
所在地	〒 -									
電話番号										
請求者氏名										

平成 年 月 日

下記のとおり請求する。

区分	
集団	個別

保険者(市町村)番号						
0	0					

	単 価	件 数	金 額
子宮頸部細胞診	円	件	円
子宮頸部・体部細胞診	円	件	円
(自己負担)	円	件	円
請求額		件	円

消費税及び地方消費税の額含む。

殿

健診等機関番号	
健診等機関名称	
所在地	〒 -
電話番号	
請求者氏名	

平成 年 月 日

下記のとおり請求する。

区分	
集団	個別

保険者(市町村)番号						
0	0					

	単 価	件 数	金 額
HBs抗原	円	件	円
HCV抗体	円	件	円
HCV抗体・HCV抗原(コア蛋白)	円	件	円
HCV抗体・HCV抗原(コア蛋白)・HCV核酸増幅	円	件	円
HBs抗原・HCV抗体	円	件	円
HBs抗原・HCV抗体・HCV抗原(コア蛋白)	円	件	円
HBs抗原・HCV抗体・HCV抗原(コア蛋白)・HCV核酸増幅	円	件	円
(自己負担)	円	件	円
請求額		件	円

消費税及び地方消費税の額含む。

平成 年 月 分

生活機能評価請求書

検診種別	7
------	---

殿

健診等機関番号									
健診等機関名称									
所在地	〒 -								
電話番号									
請求者氏名									

平成 年 月 日

下記のとおり請求する。

区分	
集団	個別

保険者(市町村)番号						
0	0					

	単 価	件 数	金 額
生活機能評価候補者	円	件	円
生活機能評価候補者以外	円	件	円
請求額		件	円

消費税及び地方消費税の額含む。

平成 年 月 分

(その他の健診)請求書

検診種別	8
------	---

殿

健診等機関番号									
健診等機関名称									
所在地	〒 -								
電話番号									
請求者氏名									

平成 年 月 日

下記のとおり請求する。

区分	
集団	個別

保険者(市町村)番号						
0	0					

	単 価	件 数	金 額
基本項目	円	件	円
基本項目・追加項目1	円	件	円
基本項目・追加項目2	円	件	円
基本項目・追加項目3	円	件	円
(自己負担)	円	件	円
請求額		件	円

消費税及び地方消費税の額含む。