

令和6年度「人間ドック」請求内訳書

令和 年 月 日

病院名 _____
 担当者名 _____

人間ドック () 月分

		健診料単価 A	人数 B		健診料総額 C (A×B)	自己負担金総額 D	請求額 E (C-D)
日帰り	40歳未満	円 (消費税込み1人あたり 43,483円以内)	男性	人	円	9,000円×人数	円
			女性	人	円	9,000円×人数	円
	40歳以上	円 (消費税込み1人あたり 43,483円以内)	男性	人	円	9,000円×人数	円
			女性	人	円	9,000円×人数	円
一泊二日	40歳未満	円 (消費税込み1人あたり 70,983円以内)	男性	人	円	18,000円×人数	円
			女性	人	円	18,000円×人数	円
	40歳以上	円 (消費税込み1人あたり 70,983円以内)	男性	人	円	18,000円×人数	円
			女性	人	円	18,000円×人数	円
人間ドック請求額 F (Eの合計額)							円
前立腺腫瘍マーカー請求額 G		人 × 円 =					円
請求額合計 (F+G)							円

- (注1) 貴医療機関の「請求書」「本内訳書」「人間ドック受診券」「特定健康診査に係る標準的な質問票」及び個人の健診結果の写しを添付して請求してください。
 (注2) 請求期限は令和7年4月10日(木)※厳守です。
 (注3) この内訳書は、必要枚数をコピーしてお使いください。

請求先 〒380-8570 (県庁専用番号)
 公立学校共済組合長野支部 厚生係
 電話直通：026-235-7446