

令和6年度「脳ドック」請求内訳書

令和 年 月 日

病院名

担当者名

脳ドック () 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)
40歳未満	円 (消費税込み1人あたり 49,500円以内)	男性	人	円	10,000円×人数 円	円
		女性	人	円	円	円
40歳以上	円 (消費税込み1人あたり 49,500円以内)	男性	人		10,000円×人数 円	円
		女性	人		円	円
請求額総額 (Eの合計額)						円

- (注1) 貴医療機関の「請求書」「本内訳書」「脳ドック受診券」を添付して請求してください。
(健診結果の添付は必要ありません)
- (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