

オプション検査費用 請求書

今年度の健康診断に追加して下記の検査を受けましたので、ここに費用を請求いたします。

保険証 記号番号	会社名
7 -	

被保険者 氏名	住所
フリガナ	〒 -

↑ご家族の名前では申請出来ません。被保険者の方のお名前をご記入ください。

被保険者 銀行口座	口座番号	口座名 被保険者名
銀行	フリガナ 支店 普通	フリガナで記入

↑ご家族の口座へは振込できません。被保険者の方の口座を書いてください。

※ 銀行名・支店名は統廃合により変更している場合があります。記入前に確認してください。

受診者 氏名	続柄	主健診を受けた日	主健診を受けた健診機関名

↓受けた検査に○をして下さい。

1. 胃部検査 レントゲン ・ カメラ	受検日 年 月 日	税込 円
	医療機関名	
2. マンモグラフィ	受検日 年 月 日	税込 円
	医療機関名	
3. 乳房エコー検査	受検日 年 月 日	税込 円
	医療機関名	
4. 子宮頸部細胞診検査 医師採取のみ	受検日 年 月 日	税込 円
	医療機関名	
5. 子宮卵巣エコー	受検日 年 月 日	税込 円
	医療機関名	
6. ピロリ菌検査 年度末年齢 35歳限定	受検日 年 月 日	税込 円
	医療機関名	
7. B型・C型 肝炎検査 年度末年齢 45歳限定	受検日 年 月 日	税込 円
	医療機関名	

※ 領収書の原本を添付して下さい。

振込金額 円

↑ ※健保記入欄

※ 下記にご記入いただければ結果票の添付は不要です。

検査結果	検査名	(○をつけるか不要な部分を消してください)
		異常なし ・ 経過観察 ・ 要再検査 ・ 要精密検査 ・ 要治療
		異常なし ・ 経過観察 ・ 要再検査 ・ 要精密検査 ・ 要治療

※検査機関へ診断書や文書、画像データ等の発行を依頼して、発行手数料が発生した場合は自己負担になります。