

年 月 日

請求機関	医療機関コード
	医療機関名
	所在地
	代表者

印

医療機関委託健康診査費請求書(2021年～)

市町番号					
------	--	--	--	--	--

請求先 _____ 市町長 様

下記のとおり、一般健康診査、精密健康診査に要した費用を請求します。 _____ 年 月分

一般健康診査

No.	請求内容	単価(a)	件数(b)	請求額(a×b)
1	(1) 全実施	26,420 円	件	円
	(2) 未実施検査あり ※基本項目のみの金額	14,970 円	件	円
	① 不規則抗体検査実施	1,590 円	件	円
	② 風しん検査実施 ※(2)の基本項目の金額に、	790 円	件	円
	③ HBs・HCV検査実施 ①～⑥の実施した検査項目	1,370 円	件	円
	④ HIV検査実施 の金額を加算	1,160 円	件	円
	⑤ 性器クラミジア検査実施	2,780 円	件	円
⑥ 子宮頸がん検診実施	3,760 円	件	円	
2	妊婦 2 回目	6,360 円	件	円
3	妊婦 3 回目	5,760 円	件	円
4	妊婦 (1) 超音波実施あり	10,540 円	件	円
	4回目 (2) " なし	5,760 円	件	円
5	妊婦 5 回目	5,760 円	件	円
6	妊婦 6 回目	5,760 円	件	円
7	妊婦 7 回目	5,760 円	件	円
8	(1) 全実施	13,900 円	件	円
	(2) 血液検査(血色素・血糖)実施せず	10,540 円	件	円
	(3) 超音波実施せず	9,120 円	件	円
	(4) 超音波・血液検査実施せず	5,760 円	件	円
9	妊婦 9 回目	5,760 円	件	円
10	妊婦 10 回目	5,760 円	件	円
11	(1) 全実施	14,140 円	件	円
	(2) B群溶連菌(GBS)実施せず	10,540 円	件	円
	(3) 超音波実施せず	9,360 円	件	円
	(4) B群溶連菌(GBS)・超音波実施せず	5,760 円	件	円
12	妊婦 (1) 血色素実施あり	7,570 円	件	円
	12回目 (2) " なし	5,760 円	件	円
13	妊婦 13 回目	5,760 円	件	円
14	妊婦 14 回目	5,760 円	件	円
15	産婦 (2 週 間)	5,000 円	件	円
16	産婦 (1 ヶ 月)	6,050 円	件	円
17	乳児 (1 回 目)	5,950 円	件	円
18	乳児 (2 回 目)	5,950 円	件	円

精密健康診査

19	妊 婦	-	件	円
20	乳 児 (1 回 目 お よ び 耳 鼻 咽 喉 科)	-	件	円
21	乳 児 (2 回 目)	-	件	円
22	1 歳 6 か 月 児	-	件	円
23	3 歳 児	-	件	円

合 計		件	円
-----	--	---	---

上記は医療機関が記入してください

※石川県国民健康保険団体連合会記入

返戻データ・減額データ

種別	件数	金 額	種別	件数	金 額