

東プラ健診クリニック 2021年度 利用料金確認書

お支払い方法

2021年度健診利用料金のお支払い方法について、必要事項をご記入の上、FAXまたは郵送にてご送付ください。

※年度内変更不可

年 月 日

保険証記号	事業所名	
事業所所在地		
健診ご担当者名	日中ご連絡のつく電話番号	

<ご注意ください>

- ・ 被保険者・被扶養配偶者・被扶養家族ごとに受診予定の健診種別・項目及びお支払方法をお知らせください。
- ・ 健診種別ごとに「受診予定あり」/「受診なし」を必ず☑してください。
- ・ お申し込み時点で受診の有無が未定の場合は「受診予定あり」を選択し、お支払い方法を選択してください
- ・ オプション検査について、受診者希望や医師判断で追加する場合がございますのでご記入ください。
- ・ 事業所控えとしてコピーをお取りいただき、お手元に保管ください。

クリニック使用欄 (記入しないでください)

1. 被保険者 ※受診の有無が未定の場合は「受診予定あり」を選択し、お支払い方法を選択してください

	人間ドック	生活習慣病予防健診	定期健診	簡易健診
	<input type="checkbox"/> 受診予定あり <input type="checkbox"/> 受診なし	<input type="checkbox"/> 受診予定あり <input type="checkbox"/> 受診なし	<input type="checkbox"/> 受診予定あり <input type="checkbox"/> 受診なし	<input type="checkbox"/> 受診予定あり <input type="checkbox"/> 受診なし
基本料金	10,000円 <input type="checkbox"/> 窓口支払 <input type="checkbox"/> 会社請求 (月単位)	5,000円 <input type="checkbox"/> 窓口支払 <input type="checkbox"/> 会社請求 (月単位)	6,472円 <input type="checkbox"/> 窓口支払 <input type="checkbox"/> 会社請求 (月単位)	1,500円 <input type="checkbox"/> 窓口支払 <input type="checkbox"/> 会社請求 (月単位)
胃部内視鏡検査 (差額料金)	6,600円 <input type="checkbox"/> 窓口支払 <input type="checkbox"/> 会社請求 (月単位)	—	—	—
定期健診・簡易健診向けオプション	血液検査 1	—	—	3,608円 <input type="checkbox"/> 窓口支払 <input type="checkbox"/> 会社請求 (月単位)
	血液検査 2	—	—	154円 <input type="checkbox"/> 窓口支払 <input type="checkbox"/> 会社請求 (月単位)
	心電図検査	—	—	990円 <input type="checkbox"/> 窓口支払 <input type="checkbox"/> 会社請求 (月単位)
	聴力検査	—	—	528円 <input type="checkbox"/> 窓口支払 <input type="checkbox"/> 会社請求 (月単位)
	便潜血検査	—	—	990円 <input type="checkbox"/> 窓口支払 <input type="checkbox"/> 会社請求 (月単位)
オプション検査 実施要領 P9~11参照	<input type="checkbox"/> 窓口支払 (全て) <input type="checkbox"/> 会社請求(全て月単位) <input type="checkbox"/> その他 <small>※検査項目によりお支払い方法が異なる場合はお知らせください。</small>	<input type="checkbox"/> 窓口支払 (全て) <input type="checkbox"/> 会社請求(全て月単位) <input type="checkbox"/> その他 <small>※検査項目によりお支払い方法が異なる場合はお知らせください。</small>	<input type="checkbox"/> 窓口支払 (全て) <input type="checkbox"/> 会社請求(全て月単位) <input type="checkbox"/> その他 <small>※検査項目によりお支払い方法が異なる場合はお知らせください。</small>	<input type="checkbox"/> 窓口支払 (全て) <input type="checkbox"/> 会社請求(全て月単位) <input type="checkbox"/> その他 <small>※検査項目によりお支払い方法が異なる場合はお知らせください。</small>

保険証記号		事業所名	
-------	--	------	--

2. 被扶養配偶者

	人間ドック	生活習慣病予防健診*
	<input type="checkbox"/> 受診予定あり <input type="checkbox"/> 受診なし	<input type="checkbox"/> 受診予定あり <input type="checkbox"/> 受診なし
基本料金	10,000円 <input type="checkbox"/> 窓口支払 <input type="checkbox"/> 会社請求 (月単位)	5,000円 <input type="checkbox"/> 窓口支払 <input type="checkbox"/> 会社請求 (月単位)
胃部内視鏡検査 (差額料金)	6,600円 <input type="checkbox"/> 窓口支払 <input type="checkbox"/> 会社請求 (月単位)	—
オプション検査 実施要領 P9~11参照	<input type="checkbox"/> 窓口支払 (全て) <input type="checkbox"/> 会社請求(全て月単位) <input type="checkbox"/> その他 <small>※検査項目によりお支払い方法が異なる場合はお知らせください。</small>	<input type="checkbox"/> 窓口支払 (全て) <input type="checkbox"/> 会社請求(全て月単位) <input type="checkbox"/> その他 <small>※検査項目によりお支払い方法が異なる場合はお知らせください。</small>

* 節目年齢の方は基本料金のお支払いはございません

3. 被扶養家族

	生活習慣病予防健診*
	<input type="checkbox"/> 受診予定あり <input type="checkbox"/> 受診なし
基本料金	5,000円 <input type="checkbox"/> 窓口支払 <input type="checkbox"/> 会社請求 (月単位)
胃部内視鏡検査 (差額料金)	—
オプション検査 実施要領 P9~11参照	<input type="checkbox"/> 窓口支払 (全て) <input type="checkbox"/> 会社請求(全て月単位) <input type="checkbox"/> その他 <small>※検査項目によりお支払い方法が異なる場合はお知らせください。</small>

* 節目年齢の方は基本料金のお支払いはございません

その他お支払い方法、年齢対象外、年度内二度目、特殊健診等の受診予定がある場合はご記入ください。