

がん検診補助料請求書

令和2年度

神奈川県医療従事者健康保険組合 御中

年 月 日

事業所の記号	記入例
事業所の名称	
事業所所在地	
事業主の氏名	
電話番号	

要綱に基づき請求します。

検診項目		補助金額	※一人当たり金額	実施人員	金額
①	胃がん	7,000円	A 7,000円以上	6名	42,000円
②	子宮頸がん	5,250円	B 5,250円	10名	52,500円
③	視触診	2,100円	C 3,300円	1名	3,300円
④ 乳がん	マンモグラフィ (乳房X線検査)	3,700円	D 円	名	円
	乳房エコー (乳房超音波検査)	4,900円	E 円	名	円
⑥	前立腺がん	2,100円	F 円	名	円
⑦	大腸がん	1,200円	G 円	名	円
請求金額合計					97,800円
※決定欄					円

※一人当たりの金額について

- ・7,000円以上の場合はAに実施人数、金額をご記入ください。
- ・7,000円未満の場合はB～Gに実施人数、金額をご記入ください。

【例】

- ・胃がん(7,000円)、大腸がん(1,200円)を実施した方が1名 → 7,000円以上×1名
- ・乳がん視触診(2,100円)、乳房エコー(4,900円)を実施した方が5名 → 7,000円×5名
- ・子宮頸がん(5,250円)を実施した方が10名 → 5,250円×10名
- ・前立腺がん(2,100円)と大腸がん(1,200円)を実施した方が1名 → 3,300円×1名