別紙４

| 常務理事 | 部長 | 課長 | 係長 | 係 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

# 特定健診データ提供料及び検査料請求書

令和　　年　　月　　日

令和　　年度

千葉県医業健康保険組合 様

| | |
|---|---|
| 事業所記号 | |
| 事業所所在地 | |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | ㊞ |
| 電話番号 | |
| 担当者氏名 | |

下記のとおり特定健診実施データを提供したので請求します

**請求額＿＿＿＿＿＿＿＿円**　　**※支給額＿＿＿＿＿＿＿＿円**

※ 内訳1（電子媒体）と 内訳2（紙媒体）が両方ある場合、請求書はそれぞれ別に作成してください

（内　訳）

1．電子媒体での提供の場合

| 種　目 | データ提供人数 | 一人当たりの単価 | 請求額 |
|---|---|---|---|
| 内　訳 | 人 | 500 円 | 円 |

2．紙媒体での提供の場合

| 種　目 | データ提供人数 | 一人当たりの単価 | 請求額 |
|---|---|---|---|
| 内　訳 | 人 | 200 円 | 円 |

3．検査料〔A. ヘマトクリット値　B. 眼底検査（両目）C. HbA1c（NGSP値）〕

※単価【A. ヘマトクリット値　B. 眼底検査（両目）】⇒集合契約（Aタイプ）料金による【C. HbA1c】⇒保険点数による

| 種　目 | 実施した人数 | 単価（消費税含む） | 請求額（消費税含む） |
|---|---|---|---|
| A | 人 | 242 円 | 円 |
| B | 人 | 1,232 円 | 円 |
| C | 人 | 530 円 | 円 |

| 振込口座 | 銀行名 | 支店名 | 種　目 | 口座番号 |
|---|---|---|---|---|
| | 銀行 | 支店 | 普通 ・ 当座 | |
| (フリガナ)<br>口座名義 | | | | |

※ この請求書は、毎月速やかに『特定健診実施結果送付書』、健診結果の紙媒体、または電子媒体と併せて提出してください

※ 3（A～C）の検査料については、当組合へ補助金請求する人間ドック等の検査結果を使用する場合は、請求の対象となりません

※ データ提供人数は、実施年度中に40歳になる方から75歳未満の実施人数です

受付日付印