

被爆者等健康診断委託料請求書

年 月 日

神奈川県知事殿

請求者(開設者)

住 所

代表者氏名

電 話

医療機関名

医療機関所在地

【本件責任者及び担当者】

・責任者: 電話 電子メール  
・担当者: 電話 電子メール

次のとおり、請求します。

¥

年度(定期健診 第 回)(希望健診 月)実施分として

区 分	一般検査		肝機能検査		ヘモグロビンA1c 検 査		がん検診		精密検査		収容検査		(被爆者の子ども) 一般検査・精密検査	
	人	円	人	円	人	円	人	円	人	円	人	円	人	円
被爆者														
第一種特例 受診者 ※														
第二種特例 受診者 ※														
被爆者の 子ども														
計														

(注) 希望健康診断の場合は、被爆者等希望健康診断受診申込書(様式第2号)を添えて提出してください。

第二種健康診断受診者の健康診断は年1回に限ります。

※ 第一種特例受診者＝第一種健康診断受診者証所持者(旧健康診断受診者証所持者)

※ 第二種特例受診者＝第二種健康診断受診者証所持者

明細書(被爆者・第一種・第二種特例受診者の一般検査)

	氏名 手帳番号	一般 検査	肝機能	ヘモグロ ビンA1c	結果判定			要精密者の 精密検査実施状況			
					異常なし	経過観察	要精密	実施	把握	未把握	未実施
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
金額(円)		×5,643	×2,079	×539							

- ・実施した当該項目に○印をつけ、結果について該当欄に○印をつけてください。
- ・結果判定が要精密となった場合は、「要精密者の精密検査受診状況欄」に○印をつけてください。  
 「実施・未実施」・・・要精密者に対する精密検査の実施・未実施  
 「把握・未把握」・・・精密検査は未実施であるが、その後医療にて診療している場合は(把握)、  
 診療していない場合は(未把握)に○印をつけてください。  
 なお、未把握の理由がある場合には、明細書余白か別紙にご一筆ください。

明細書(被爆者・第一種特例受診者のがん検診)

氏名 手帳番号	胃			肺		乳		子宮			大腸	骨髄	結果判定			要精密者の 精密検査実施状況			
	直接	間接	内視鏡検査	撮影	喀痰	視触診	乳房X線	頸部	体部	コルポ			異常なし	経過観察	要精密	実施	把握	未把握	未実施
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
金額(円)	×12,240	×7,855	×16,104	×5,050	×3,520	×3,168	×6,501	×6,688	×5,720	×2,310	×4,356	×1,628							
	合計											円							

- ・実施した当該項目に○印をつけ、結果について該当欄に○印をつけてください。
- ・結果判定が要精密となった場合は、「要精密者の精密検査受診状況欄」に○印をつけてください。  
「実施・未実施」・・・要精密者に対する精密検査の実施・未実施  
「把握・未把握」・・・精密検査は未実施であるが、その後医療にて診療している場合は(把握)、  
診療していない場合は(未把握)に○印をつけてください。  
なお、未把握の理由がある場合には、明細書余白か別紙にご一筆ください。

明細書(被爆者・第一種特例受診者の精密検査)

	氏名 手帳番号	検査項目	保険点数	異常の有無		治療の要否		
				無	有	否	要	
1							(入院・入院外)	
2							(入院・入院外)	
3							(入院・入院外)	
4							(入院・入院外)	
5							(入院・入院外)	
6							(入院・入院外)	
7							(入院・入院外)	
8							(入院・入院外)	
9							(入院・入院外)	
10							(入院・入院外)	
11							(入院・入院外)	
12							(入院・入院外)	
13							(入院・入院外)	
14							(入院・入院外)	
15							(入院・入院外)	
			保険点数 から算出 した額 (A)	総点数	総点数×10×1.10※小数点以下切捨			円
			算定基準額(B)		人数×7,028(単価)			円
			精密検査委託料(C)		(A)と(B)いずれか少ない方の金額			円

- ・実施した当該項目に○印をつけ、結果について該当欄に○印をつけてください。
- ・検査の結果、異常が見られた場合には、その症状または診断名及び治療の要否についてご記入ください。
- ・精密検査委託料(C)は、保険点数から算出した額(A)と算定基準額(B)のうち、少ない方の金額となります。

No.	(被爆者のこども) 氏名 手帳番号	一般検査							精密検査					
		視診、問診、 聴診、 打診及び 触診 による検査、 尿検査、 血圧測定	血液採取 を 伴う検査	血清蛋白 分画検査 による 多発性骨 髄腫検査	結果 判定			要精密者の 精密検査実施状況			精密検査実施項目	保険点数	治療の要否	
					異常 なし	経過 観察	要 精密	実施	把握	未実施 ・ 未把握			否	要
1														(入院・入院外)
2														(入院・入院外)
3														(入院・入院外)
4														(入院・入院外)
5														(入院・入院外)
6														(入院・入院外)
7														(入院・入院外)
8														(入院・入院外)
9														(入院・入院外)
10														(入院・入院外)
11														(入院・入院外)
12														(入院・入院外)
13														(入院・入院外)
14														(入院・入院外)
15														(入院・入院外)

**【参考】一般検査・精密検査委託料 (C) 算出方法**

- 各受診者の「保険点数」を算出
- 「総点数」を算出 (保険点数から算出した額 (A))
- 「算定基準額 (B)」を算出  
⇒ ①人数×9,260 (単価) を算出  
  
⇒ 血清蛋白分画検査による多発性骨髄腫検査を実施した場合は、  
②人数×1,628 (単価) を算出
- ①+②で合計額を算出
- (A) と (B) を比較していずれか少ない方の金額を記載

保険点数から算出した額 (A)	総点数	総点数×10×1.10 ※小数点以下切捨
		円
算定基準額 (B)	①人数×9,260 (単価)	円
	②人数×1,628 (単価) (血清蛋白分画検査を実施した場合)	円
	①+②	円
一般検査・精密検査委託料 (C)	(A)と(B)いずれか少ない方の金額	円

- ・「視診、問診、聴診、打診及び触診による検査、尿検査、血圧測定」の欄には当該検査を実施した場合、○印を記入してください。
- ・「血液採取を伴う検査」の欄には、AST検査法、ALT検査法、γ-GTP検査法による肝臓機能検査、CRP定量検査、血球数計算、血色素検査、ヘモグロビンA1c検査を実施した場合、○印を記入してください。
- ・一般検査・精密検査委託料(C)は、保険点数から算出した額(A)と算定基準額(B)のうち、少ない方の金額となります。
- ・明細書が2枚以上になる場合は、ページごとの合計は不要です。最終ページに総合計のみ記入してください。