

所 属 医 師 会	①請求金額			
基本健診 自己負担額	区分	割合	%	金額 ②窓口負担金 円

※請求金額及び窓口負担金は特定健診記入票①(提出用)上記部分に記載して下さい。

保険者	年齢構成	詳細項目				請求区分			
		貧血 214円	心電図 1,324円	眼底(片側) 570円	眼底(両側) 1,120円	基本 費用	他の健診 負担額	②窓口 負担金	①請求 金額
社保配偶者 (全国健康保険協会) ※共済・健保組合・全国国保 組合については保険者で個 人負担金が異なりますので 受診券をよくご確認ください。	40歳～74歳	選択項目なし				8,151	0	1,001	7,150
		○				8,365	0	1,001	7,364
			○			9,475	0	1,001	8,474
				○		8,721	0	1,001	7,720
					○	9,271	0	1,001	8,270
		○	○			9,689	0	1,001	8,688
		○		○		8,935	0	1,001	7,934
		○			○	9,485	0	1,001	8,484
			○	○		10,045	0	1,001	9,044
			○		○	10,595	0	1,001	9,594
		○	○	○		10,259	0	1,001	9,258
		○	○		○	10,809	0	1,001	9,808
大分県市町村国保有資格者 別府市国保有資格者 生活習慣病健診 ・生活保護世帯 ・保険未加入者 後期高齢者医療	40歳～74歳 75歳以上 ※65歳～74歳で 後期高齢者医療 被保険者の方	選択項目なし				8,151	0	0	8,151
		○				8,365	0	0	8,365
			○			9,475	0	0	9,475
				○		8,721	0	0	8,721
					○	9,271	0	0	9,271
		○	○			9,689	0	0	9,689
		○		○		8,935	0	0	8,935
		○			○	9,485	0	0	9,485
			○	○		10,045	0	0	10,045
			○		○	10,595			10,595
		○	○	○		10,259	0	0	10,259
		○	○		○	10,809	0	0	10,809

HbA1cは
必須項目と
なっています。

HbA1cは
必須項目と
なっています。

※表示金額はすべて税込金額となります。