

# 令和6年度 乳がん施設検診請求明細書

(検査別医療機関実施用)

実施月が複数月分ある場合は「〇～〇月分」とし、できるだけ1枚にまとめてください。請求書も同様。

月実施分

医療機関名

検診のペアとなる

相手の病院

担当者：

項 目	単 価	件 数	金 額
-----	-----	-----	-----

## 視触診検診

今年度より**精検対象者指導料**が追加されており、視触診実施医療機関に加算されます。精検者数分の請求も忘れずに請求して下さい。

<b>精検対象者指導料</b> (検診結果「マンモグラフィC3以上、または総合判定で精検と判定された人数)	1,100 円	件	円
自己負担あり	3,593 円	件	円
自己負担なし	5,093 円	件	円

## マンモグラフィ検診

2 方向	自己負担あり	7,432 円	件	円
	自己負担なし	8,932 円	件	円
1 方向	自己負担あり	6,432 円	件	円
	自己負担なし	7,932 円	件	円

## 健康増進課使用欄

1. 入力・金額・件数確認担当  
( )

「件数」及び「金額」の記載をお願いします。