

# 令和6年度 乳がん施設検診請求明細書

(検査同一医療機関実施用)

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

担当者：

項目	単価	件数	金額
----	----	----	----

精検対象者指導料			
(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
マンモグラフィの	2方向	自己負担あり	8,253 円 件 円
		自己負担なし	9,753 円 件 円
	1方向	自己負担あり	7,253 円 件 円
		自己負担なし	8,753 円 件 円

精検対象者指導料			
(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
触診+マンモグラフィ	2方向	自己負担あり	8,275 円 件 円
		自己負担なし	11,275 円 件 円
	1方向	自己負担あり	7,275 円 件 円
		自己負担なし	10,275 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。  
今年度より**精検対象者指導料**が追加されております。