

常務理事	事務長	担当者
承認・不承認		

## 令和 年度 成人検診実施計画書

実施予定機関名	
---------	--

単価、金額:消費税込み

	実施予定月	人数	単価	予定金額
胃部レントゲン検査	令和 年 月			
腹部超音波検査	令和 年 月			
便潜血検査	令和 年 月			
眼底検査	令和 年 月			
※成人検診対象の4項目の上限金額は1人@ ¥20,000				
【オプション検査】				
腫瘍マーカーセット(男)	令和 年 月			
腫瘍マーカーセット(女)	令和 年 月			
骨密度検査	令和 年 月			
【データ作成料】	令和 年 月			
		合 計		

単価合計は規程以内であること。

上記の通り計画したので報告いたします。

令和 年 月 日

事業所名

事業主名

三菱鉛筆健康保険組合 理事長殿

注) 検診機関の見積書、オプション検査の概要資料を添付のこと。  
オプション検査の結果はXMLデータに必ず含まれて作成される事を確認してください。