

内 訳 書

区分		1人当たり委託料単価 (消費税含む)	支払条件	
特定健康診査	必須項目	基本項目	8,096円	
		貧血検査、心電図検査、血清クレアチニン検査及びeGFR、尿酸	1,903円	
	詳細な健診の項目 (医師の判断による追加項目)	眼底検査 (両眼検査実施時)	616円 (1,232円)	健診実施後に一括
		①ヘリコバクターヒトリ菌抗体検査	2,281円	
保険者独自の追加健診の項目 〔注〕	②ヘパシゲン検査	3,096円		
	③ヘリコバクターヒトリ菌抗体検査+ヘパシゲン検査	3,809円		

※委託料単価には、電子的標準様式データの作成、受診者への結果通知や情報提供に要する費用を含んだものとする。

※受託者または実施機関は、上記の単価から自己負担額を差し引いた額を委託者に請求することとする。

※〔注〕保険者独自の追加健診の項目は鯖江市および池田町が希望者に対してのみ実施するものとし、その他の市町は実施しない。【鯖江市：①のみ、池田町：①～③】