

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	9,515円	健診実施後に一括	
	詳細な健診の項目 (医師の判断による追加項目)	眼底検査		605円
	保険者独自の追加健診の項目 〔注〕	①ヘリコバクターピロ菌抗体検査		2,240円
		②ヘプシゲン検査		3,040円
③ヘリコバクターピロ菌抗体検査+ヘプシゲン検査		3,740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】