

脳ドックの請求について

個人で受診した場合

領収書	
受診日 令和6年6月1日	
互助 太郎 様	
請求金額	45,000
脳ドック検査料	35,000
オプション	10,000
互助会クリニック	

オプション検査は補助の対象になりません。

例) 脳ドック検査料が 35,000 円で、市町村から 10,000 円の補助がある場合

脳ドック	35,000 円	
市町村からの補助	△10,000 円	
差し引き額	25,000 円	←この額が個人負担額です。

個人負担額 25,000 円から 1/2 を乗じて得た額は 12,500 円ですが、10,000 円を超えた場合、請求金額は 10,000 円となります。

請求書の記載は下記のとおりになります。

① 検査料金 (支払額)	<u>35,000</u>	円 (消費税込)

② 他からの補助額 (該当に○印)		
<input type="checkbox"/> 支払後に他からの補助はありません。→ 0 円	<input checked="" type="checkbox"/> 支払後に他からの補助があります。→	<u>10,000</u> 円

③ 個人負担額 (①-②)	<u>25,000</u>	円

④ 請求金額(③ × 1/2)	<u>10,000</u>	円 (請求上限額10,000円、100円未満切り捨て)
* ④の金額が10,000円を超えた場合、請求金額は10,000円となります。		

共済組合実施の脳ドックを受けた場合

領収書		受診日 令和6年6月1日
互助 太郎 様		
請求金額	32,000	すでに共済組合からの補助額分が引かれた金額です
脳ドック検査料	22,000	
オプション	10,000	オプション検査は補助の対象になりません。
互助会クリニック		

例) 脳ドック検査料が 22,000 円で、市町村から 10,000 円の補助がある場合

脳ドック	22,000 円	
市町村からの補助	△10,000 円	
差し引き額	12,000 円	←この額が個人負担額です。

個人負担額 12,000 円 から 1/2 を乗じて得た額の 6,000 円 が請求金額になります。

請求書の記載は下記のとおりになります。

① 検査料金 (支払額)	22,000	円 (消費税込)

② 他からの補助額 (該当に○印)		
<input type="checkbox"/> 支払後に他からの補助はありません。→ 0 円	<input checked="" type="checkbox"/> 支払後に他からの補助があります。→	10,000 円

③ 個人負担額 (① - ②)	12,000	円

④ 請求金額 (③ × 1/2)	6,000	円 (請求上限額10,000円、100円未満切り捨て)
* ④の金額が10,000円を超えた場合、請求金額は10,000円となります。		