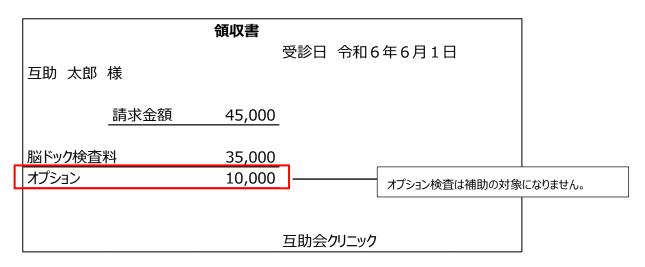
脳ドックの請求について

個人で受診した場合



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

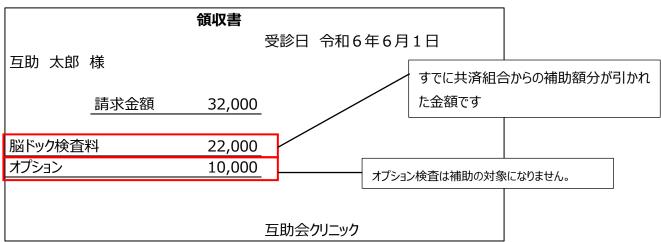
脳ドック 35,000 円 <u>市町村からの補助 △10,000 円</u> 差し引き額 <u>25,000 円</u> *←こ*の額が個人負担額です。

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)	35,000	円	日 (消費税込)	
2	他からの補助額(該当に 支払後に他からの補	J.,,	0円	○ 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)	25,0	00	<mark>円</mark>	
4	請求金額(③ × 1/2)	10,0 * ④の金額が1		円 (請求上限額10,000円、100円未満切り捨て) 00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



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 <u>市町村からの補助 △10,000 円</u> 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	② 他からの補助額(該当に○印)支払後に他からの補助はありません。→0円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 * ④の金額が10,000	円 (請求上限額10,000円、100円未満切り捨て) 円を超えた場合、請求金額は10,000円となります。			