

검진비용 청구서

☐ 일반건강검진

☐ 의료급여생애전환기검진

청구기관		기 관 명		요양기관기호		소 재 지			
						(☎)			
청 구 처 (지사, 보건소)				사업장 또는 기관(학교)		명 칭	관리번호		
청 구 내 역 (총 청구액: 원)									
검진비용									
항목		건강 검진비 (A)	실시 인원 (B)	청구금액 (A×B)		질 환 별	건강 검진비 (A)	실시 인원 (B)	청구금액 (A×B)
검진 상담료						④ 생활습관 평가	기본(상담)		
토요일, 공휴일 검진 가산료							담배사용		
구강 검진	구강검진						음 주		
	토요일, 공휴일 검진 가산료						운 동		
① 치면세균막검사							영 양		
흉부 방사선 검사	직접촬영	14"x14"					비 만		
		14"x17"							
	컴퓨터영상처리장치(CR), 디지털촬영장치(DR)								
영상저장 및 전송시스템 (Full Pacs)									
요검사	요단백				⑤B형 간염검사 (항원, 항체)	항원	일반		
② 혈 액 검 사	혈색소				항체		정밀		
	공복혈당					정밀 (핵의학적)			
	총콜레스테롤					일반			
	고밀도(HDL) 콜레스테롤					정밀			
	저밀도(LDL) 콜레스테롤				정밀 (핵의학적)				
	중성지방								
	에이에스티(AST(SGOT))					⑥C형 간염검사 (항체)	일반		
	에이엘티(ALT(SGPT))						정밀 (핵의학적)		
	감마지티피					⑦정신건강검사(PHQ-9)			
	혈청크레아티닌					⑧정신건강검사(CAPE-15)			
신사구체여과율 (e-GFR)	CKD-EPI				⑨폐기능 검사 기본 간이				
③골밀도 검사 (여자)	양방사선골밀도검사				⑩인지기능장애(KDSQ-C)				
	양방사선말단골밀도검사				⑪노인신체기능검사				
	정량적전산화단층골밀도검사				장애인 안전·편의관리비				
	말단골정량적전산화단층 골밀도검사								
	정량적초음파골밀도검사								
					계				

※ 주 ① 40세에 한함
② 폴레스테를 검사는 남자 24세 이상, 여자 40세 이상에 대하여 4년마다
③ 54, 60, 66세 여성에 해당
④ 40, 50, 60, 70세에 해당
⑤ (B형간염) 40세, ⑥ (C형간염) 56세에 해당

⑦ (PHQ-9) 20~34세(2년마다) 35~39세 1회,
40대~70대(10년 동안 1회),
⑧ (CAPE-15) 20~34세(2년마다)
⑨ 56, 66세 해당
⑩ 66세 이상 2년마다
⑪ 66, 70, 80세에 해당

우리 기관에서 20 . . . ~ 20 . . . 까지 실시한 검진비용을 위와 같이 청구합니다.

청구일: 20 년 월 일

대표자(청구인): (서명 또는 인)

- 첨부 1. 건강검진 결과통보서
2. 문진표
3. 구강검진 결과통보서(구강검진기관에 한함)

매
매
매

※접수번호	※접수일	※처리일

※ 표는 공단 등에서 기재
210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]