保険外負担一覧表	
項目(名称)	金額(円)
診断書(一般)	3300円
診断書(アルコール、大麻、アヘン)	3300円
一般健康診断　問診、身長、体重、腹囲 視力、聴力、血圧、採血、検尿 心電図、胸部レントゲン検査	9240円
胸部レントゲン検査なし	7040円
採血なし	4840円
心電図なし	8140円
風しん抗体検査	3910円
麻しん抗体検査	3910円
麻しん・風しん抗体検査	6030円
麻しんワクチン	7000円
風しんワクチン	7000円
麻しん・風しんワクチン	9000円
B型肝炎(ビームゲン・ヘプタバックス)	6100円
水痘・帯状疱疹ワクチン	7000円
日本脳炎ワクチン	7000円
おたふくワクチン	7000円
肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス)	8000円
肺炎球菌ワクチン(プレベナー)	10000円
肺炎球菌ワクチン(65歳　初めての方)	3000円
インフルエンザワクチン(65歳以上)	1500円
インフルエンザワクチン(65歳以下)	3800円
大腸がん検診	500円
特定検診	500円

上記内容に同意します。

保険外負担名　　氏名