

학생 건강검진 비용 청구서

	검진기관명	요양기관기호	소 재 지
청구기관			(☎)
청구처 (학교명)			
청 구 내 역			
항 목	건강검진비(A)	실시인원(B)	청구금액 (A×B)
건강검진 상담료 및 행정비용(기본진료)			
구 강 검 진	7,830원		
소 변 검 사 (요단백, 요잠혈)			
혈 액 검 사	혈액 (I)	혈 당	
		총콜레스테롤	
		HDL	
		중성지방	
		AST	
	ALT		
	혈액 (II)	혈색소	
흉부 방사선검사	직접촬영(14"x14")		
	CR 또는 DR		
	Full PACS		
계			

우리기관에서 20 . . ~ 20 . . .까지 실시한 귀 교의 학생 건강검진비용을 위와 같이 청구합니다.

청구일 : 20 년 월 일
대표자(청구인) : (인)

- | | |
|-------------------|---|
| 첨부 1. 학생건강검사결과통보서 | 건 |
| 2. 구강검진결과통보서 | 건 |
| 3. 건강검진통계표 | 건 |