

令和6年5月吉日

ご契約健康保険組合・事業所 各位
ご受診予定の皆様

医療法人社団 明愛会
小倉南メディカルケア病院
病院長

令和6(2024)年度 健康診断料金変更のお知らせ

謹啓 平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

当院において、令和6年6月1日より健康診断におけるオプション検査の一部料金を下記の通り変更させていただくこととなりました。

ご負担をお掛け致しますこと誠に申し訳ございません。何卒諸事情をご配慮のうえ、ご理解とご協力を賜りますとともに引き続きご愛顧くださいますようお願い申し上げます。

謹白

記

(税込)

健康診断項目	検査内容	変更前金額	変更後金額
血液型検査	ABO 式・Rh 因子	450 円	600 円
クオンティフェロン	結核検査	6300 円	7,500 円
肝炎ウイルス検査(B 型)	HBs 抗原	700 円	1,000 円
肝炎ウイルス検査(B 型)	HBs 抗体	700 円	1,000 円