**様式７**

令和　　　年　　　月　　　日

特定保健指導における血液検査等検査業務委託に係る

見　積　書

全国健康保険協会兵庫支部長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　㊞

見積件名：特定保健指導における血液検査等検査業務委託

全国健康保険協会が実施する特定保健指導における血液検査等検査業務について、下記のとおり見積りいたします。

記

１人当たり委託料単価（税抜）　　　　　　　　　　　　円

検査内容表

|  |  |
| --- | --- |
| 区　分 | 内　　容 |
| 計測 | 身長、体重、ＢＭＩ、腹囲、血圧 |
| 生化学検査 | 空腹時血糖（※）、総コレステロール、中性脂肪、  ＨＤＬコレステロール、ＬＤＬコレステロール、  ＧＯＴ（ＡＳＴ）、ＧＰＴ（ＡＳＴ）、γ－ＧＴＰ |
| 尿検査 | 尿糖、尿蛋白 |

※空腹時の採血ができない場合は、ヘモグロビンＡ１Ｃ検査に代えることとする。

**様式７**

令和　　　年　　　月　　　日

特定保健指導における血液検査等検査業務委託に係る

見　積　書

全国健康保険協会兵庫支部長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

**記入例**

（特定保健指導における血液検査等検査業務を受託希望の場合に提出）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　㊞

見積件名：特定保健指導における血液検査等検査業務委託

全国健康保険協会が実施する特定保健指導における血液検査等検査業務について、下記のとおり見積りいたします。

金額の訂正がある場合は二重線で訂正してください。

記

１人当たり委託料単価（税抜）　　　　（上限3,000）　　円

検査内容表

|  |  |
| --- | --- |
| 区　分 | 内　　容 |
| 計測 | 身長、体重、ＢＭＩ、腹囲、血圧 |
| 生化学検査 | 空腹時血糖（※）、総コレステロール、中性脂肪、  ＨＤＬコレステロール、ＬＤＬコレステロール、  ＧＯＴ（ＡＳＴ）、ＧＰＴ（ＡＳＴ）、γ－ＧＴＰ |
| 尿検査 | 尿糖、尿蛋白 |

※空腹時の採血ができない場合は、ヘモグロビンＡ１Ｃ検査に代えることとする。