※申請は、郵送または直接窓口にお願いします。

平成24年度	平成25年度
平成24年4月1日 ～平成25年3月31日	平成25年4月1日 ～平成26年3月31日

人間ドック・健康診断受診証明書

医療機関　関係者各位

事業所合算で受領書を作成されている場合、下記の書面に会員が受診したことの証明をお願いいたします。

※太枠の中は、証明をお願いする事業所がボールペンで記入してください。
※受診料金については、必ず証明医療機関が記入してください。
※受診料金は、受診者が医療機関に支払った金額です。

証明依頼事業所名			※証明医療機関記入欄	サービスセンター記入欄
受診日	会員氏名	会員番号	受診料金	
月　日			円	
月　日			円	
月　日			円	
月　日			円	
月　日			円	
月　日			円	
月　日			円	
月　日			円	
月　日			円	
月　日			円	
月　日			円	
月　日			円	
月　日			円	
月　日			円	
月　日			円	
月　日			円	
月　日			円	
月　日			円	
月　日			円	

上記について相違ないことを証明します。

平成　　年　　月　　日

証明医療機関名 _____　　担当者印 _____