



コピーしてご使用ください。
申請は、郵送または直接窓口をお願いします。

健康診断実施機関等 各位

人間ドック・健康診断受診証明書

事業所合算の領収書の場合、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、必ず証明機関が記入してください。

※受診料金は、受診者が支払った金額です。

| 証明依頼事業所名 | | | | ※証明機関 記入欄 | サービス センター 記入欄 |
|----------|-----|------|------|--------------|---------------------|
| No. | 受診日 | 会員氏名 | 会員番号 | 受診料金 | |
| 1 | 月 日 | | | 円 | |
| 2 | 月 日 | | | 円 | |
| 3 | 月 日 | | | 円 | |
| 4 | 月 日 | | | 円 | |
| 5 | 月 日 | | | 円 | |
| 6 | 月 日 | | | 円 | |
| 7 | 月 日 | | | 円 | |
| 8 | 月 日 | | | 円 | |
| 9 | 月 日 | | | 円 | |
| 10 | 月 日 | | | 円 | |
| 11 | 月 日 | | | 円 | |
| 12 | 月 日 | | | 円 | |
| 13 | 月 日 | | | 円 | |
| 14 | 月 日 | | | 円 | |
| 15 | 月 日 | | | 円 | |
| 16 | 月 日 | | | 円 | |
| 17 | 月 日 | | | 円 | |
| 18 | 月 日 | | | 円 | |
| 19 | 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

健康診断実施機関名
医療機関名
医療保険者名

担当者印