

注 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・健康診断受診者名簿(兼受診証明書)

事業所合算の領収書の場合は、下記の書面に会員が受診したことの証明をお願いします。

- ※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、医療機関等に支払った金額です。

※証明依頼事業者名				※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。

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