

支払日	
決定額	

↑ どちらかに○してください

保険証 記 号 番 号	—			令和 年 月 日請求
受診者 氏 名			被保険者 氏 名	
住 所	〒 — 電話			
事業所名				

振込先		
金融機関名		支店名
種目	口座番号	口座名義
普通 当座		(フリガナ)

※振込先の間違いがないか、今一度ご確認願います。

検診機関名	検診項目	支払った金額(円)	備 考

注) 検診結果(受診券の下部の結果通知書あるいは医療機関所定様式)と領収書の写しを添付すること。