

# 健(検)診料金納入証明願

年 月 日

東京都情報サービス産業健康保険組合 御中

健(検)診料の納入に関し、下記の事項について証明願います。

保険証記号 — 番号	事業所名称	
—		
氏名	続柄	
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	
住所	電話番号	
〒	— —	

受診場所	受診日	健診の種類
<input type="checkbox"/> 東中野 <input type="checkbox"/> 西新橋	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> B健診 <input type="checkbox"/> C健診 <input type="checkbox"/> 専門検診( 検診)
証明理由		証明方法
<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<u>※ オプション検査がある場合、選択してください。</u> <input type="checkbox"/> B・C健診とオプション検査を合算で証明する <input type="checkbox"/> B・C健診とオプション検査を別々で証明する

《送付先》

〒164-8507

東京都中野区東中野1-51-3

東京都情報サービス産業健康保険組合  
東中野保健センター 健康管理グループ  
FAX 03-3360-8748

受付印