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。

被保険者等 記号 — 番号	事業所名称	
—		
氏名	続柄	
	☐ 本人 ☐ 家族	
住所	電話番号	
〒	— —	

受診場所	受診日	健診の種類
☐ 東中野 ☐ 西新橋	西暦 年 月 日	☐ B健診 ☐ C健診 ☐ 専門検診(検診)
証明理由		証明方法
☐ 紛失 ☐ 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> ☐ B・C健診とオプション検査を合算で証明する ☐ 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