

健康診断補助金請求書

①本人記入欄

受診者氏名		被保険者名	
生年月日		被保険者証 記号・番号	

②実施医療機関記入欄

健診年月日	平成 年 月 日	
検 査 料 明 細 内 訳	項目内容	金額
	1. 一般健診料	
	2. 胃部検査（バリウム検査）	
		合計
平成 年 月 日		
別表のとおり健康診断を実施し、上記金額を領収したことを証明します。		
所在地： _____		
TEL： _____		
医療機関名： _____		
担当医： _____ 印		

※この請求書の提出期限は、毎年 12 月末日（必着）とします。

※人間ドックを受診される方は、この請求書は使用しないで下さい。

送付先 〒141-8647

東京都品川区東五反田 2-17-1 コムシスホールディングス健康保険組合