

年 月 日

請 求 書

東京港健康保険組合 殿

下記のとおり、ご請求申しあげます。

請求金額 円

被保険者証	記号	番号	被保険者	・	被扶養者
(フリガナ)					
受診者名					
生年月日	昭和・平成	年	月	日	歳

内 訳	健診項目	補助金額					備考
	定期健康診断A						
	生活習慣病予防健診						
	1日人間ドック						
	1泊人間ドック						
	合計金額						

オプション検査2024. 4. 1受診分以降補助廃止

被保険者 (請求者)	住 所	〒									
---------------	-----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

組合受付印