（ 遠隔地-個人用 / 用紙Ｃ ）

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

	健診項目	補助金額	備　考
内訳	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		

請求者（被保険者）	住　所	〒　－ 電話　　（　　）			
	氏　名				
振込先（被保険者名義）	銀行名	銀行	支店	支店番号	
	口座番号	普通 ・ 当座			
	（フリガナ） 口座名義人				

※　オプション検査は補助対象外となります。

申請期限
受診日の属する年度の翌年７月31日までです。 ※以降は受け付けません。

組合受付印