

fax申請不可

人間ドック
受診
証明書
(様式第2号)

コピーして
お使いください

会員番号

—

事業所名

〒
住所

Tel

氏名

印

受診費用 金 円 (但し、自己負担として)

受診日 平成 年 月 日

医療機関 (住所) 〒

(Tel)

(医療機関名)

医療機関証明書欄 ※医療機関の領収書(写)を貼付して下さい。

※補助金の申請の際は、医療機関の領収書(写)を貼付した「人間ドック
受診証明書(様式第2号)」もあわせて提出して下さい。