

成人病検診等費用請求書

保険証 記号番号			被保険者 氏名				
所属 事業所名			所属 部所				
受診者 氏名			性別		年齢		続柄
受診 年月日			年		月		日
検診種別	一般 ・ 特別 ・ 精密		費用				円
検診機関 又は医師 名称住所							
費用振込 希望先	銀行名	銀行					支店
	口座種別 番号	普通 当座					
上記のとおり請求いたします。							年 月 日

住所  
被保険者  
氏名

印

イマジカ健康保険組合 理事長 殿

事業  
主  
確認  
印

--

上記の金額を

に委任します。

年 月 日

被保険者氏名

印

常務理事	事務長	担当者

受 付