

2021年度定期健康診断項目の拡充（5項目）健診費用請求書

年 月 日

日本通運健康保険組合宛

事業所名 _____ ㊞

担当者名 _____

TEL () _____

標記につき、健診を実施しましたので請求いたします。

摘要	健診日	請求額(1人当たり健診費用 X 受診者数)	
① ヘリコバクター・ピロリ抗体検査(※1)	月 日	@ 円 x 人 =	円
② 便潜血検査(※2)	月 日	@ 円 x 人 =	円
③ 尿潜血検査	月 日	@ 円 x 人 =	円
④ MCV/MCH/MCHC 検査	月 日	@ 円 x 人 =	円
⑤ 血清クレアチニン検査	月 日	@ 円 x 人 =	円
請求額(合計額)			円
振込先	銀行名	口座名義(カナ)	種別
	銀行 支店 (銀行 No 支店 No)		当座 普通

(注1) 受診対象年齢：(※1) 40歳 (※2) 40歳以上

(注2) 健診機関からの請求書(写)または領収書(写)を必ず添付ください。