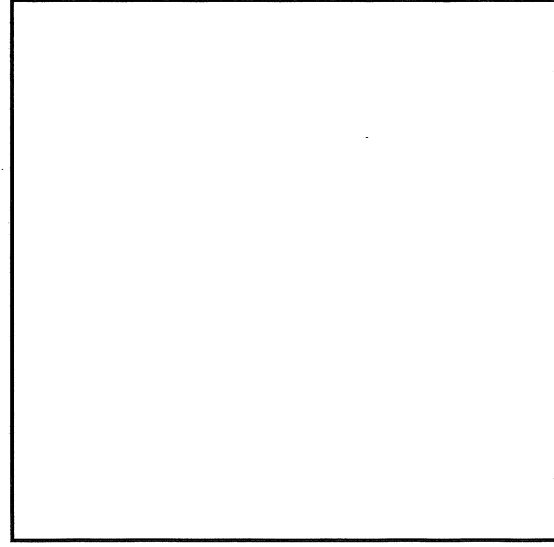


特定健康診査受診券の送付



特定健康診査受診券

受診券整理番号

(フリガナ)

受診者の氏名

性別

生年月日

有効期限

健診内容

窓口での自己負担

保険者所在地

保険者電話番号

保険者番号・名称

契約とりまとめ機関名

支払代行機関番号

支払代行機関名称

↓↓↓↓目から丁寧に切り取ってご利用ください