

## 事業所名

加入者 番号	(フリガナ) 加入者名	受診日 (年月日)	受診料 (自己負担分)	医療機関への支払日 (年月日)
1	( )		円	
2	( )		円	
3	( )		円	
4	( )		円	
5	( )		円	
6	( )		円	
7	( )		円	
8	( )		円	
9	( )		円	
10	( )		円	
11	( )		円	
12	( )		円	
13	( )		円	
14	( )		円	
合 計			円	

※受診した「請求書・領収書」の写しを必ず添付してください。

※受診者名がわかる明細書の提出が難しい場合は、下記の証明が必要です。

上記のとおり受診したことを証明します。 事業所名

印