加古川総合保健センターの日本毛織人間ドックレディスコースを利用しました。

通常コースとの差額を自己負担しております。

記号　＿＿＿＿

番号　＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（印鑑不要）

利用日　令和４年　　月　　日

（健保組合にて加古川総合保健センターに確認をしますので、必ず記載して下さい。）

振込口座　金融機関名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

支店名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

口座番号　普通預金　＿＿＿＿＿＿＿＿＿

または　郵便局

店番　＿＿＿＿＿

口座番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿