受付	年　月　日

診療カード番号							

利用申請書

＊申請される方は太枠内をご記入ください。

フリガナ		性　別
氏名		男性　・　女性
生年月日	大正・昭和・平成　年　月　日	
申請者 住　所	郵便番号	
電話番号	自宅電話番号	職　場　・　携　帯
	(　　)	(　　)

請求書類	□	領収証明書		通	(　年　月　日分)
	□	成績書再発行		通	(　年　月　日分)
料　金 (税抜)		領収証明書　1通	3,000	円	(税込)　3,300　円
		成績書再発行　1通	3,000	円	(税込)　3,300　円
料金計算 税込	□	領収証明書		通×　3,300　円＝	①
	□	成績書再発行		通×　3,300　円＝	②
	送付方法 □	普通郵便			0円
	送付方法 □	レターパックプラス（書留扱い）			600円　③
	□の部分をご記入ください			費用合計 ①+②+③	円

送付先 住　所	（申請者ご住所と異なる場合）ご記入ください 郵便番号

人間ドックセンター使用

お客さまの個人情報の取扱いに関しましては、個人情報の保護に関する法令及び日本郵政グループのプライバシーポリシーを遵守し、厳重に管理します。