

受付番号						

診療カード 番号					—				
	カードなし ・ ドック初								

証明書申込書

受付日	平成 年 月 日	電話・窓口	受付者										
フリガナ				男・女									
氏名													
生年月日	大正・昭和 年 月 日												
申請者 住所	郵便番号	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>—</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>							—				
					—								
電話番号	自宅	()											
	職場・携帯	()											
請求書類	領収証明書 _____ 通 (年 月 日分)												
料金	1 通につき 3,240円 (含 消費税240円)												
受領方法	<input type="checkbox"/> 窓口受領 <input type="checkbox"/> 郵送 (郵送先は上記) <input type="checkbox"/> 郵送 (郵送先を別にする) 送付先住所 〒 _____ []												
<small>※1 書留をご希望の場合は郵送料510円別にかかります。それ以外は普通郵便で送付します。 ※2 基本的には当日証明して発送しますが、時間が必要な場合もありますのでご容赦ください。</small>													

お客様の個人情報の取扱いに関しては、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、厳重に管理いたします。