

領収証明書 申込書

- ①申し込み/受領の際は身分証明書のご提示をお願いします。(受診者本人含む)(マイナンバーカード、運転免許証等)
②受診者本人が手続きに来院できない場合は、委任状と代理人の身分証明書のご提示・写しを頂戴しております。
③受診者本人が死亡している場合は、申請者との関係を証明する書類を添付してください。

※太枠内をご記入ください

受診者氏名	フリガナ	
	受診者氏名	
	登録No.	
	生年月日	
申請者	受診者との続柄	本人 ・ 代理人【 】
	フリガナ	
	氏名	
	住所	
	電話番号	() 自宅 ・ 勤務先 ・ 携帯
対象受診年月日 および金額	年 月 日 受診No.	円
	年 月 日 受診No.	円
	年 月 日 受診No.	円
	年 月 日 受診No.	円
	年 月 日 受診No.	円
		受領サイン ※窓口受取時

【施設記入欄】

- (窓口)

- ☐ 申込書記入
- ☐ (委任状預かり)
- ☐ 身分証明書写し
- ☐ 未収確認
- ☐ 証明書発行(割り印)
- ☐ 領収書作成
- ☐ 会計
- ☐ 受領サイン
- ☐ 料金計上(締め上げ)
- ☐ 属性メモ入力

- (郵送)

- ☐ 未収確認
- ☐ 振込依頼（発行料+郵送料）+振込手数料
- ☐ 申込書・身分証明書写し・（委任状）送付依頼
- ☐ 属性メモ入力
- ☐ 振伝作成依頼（ / ）
- ☐ 入金確認（ / ）
- ☐ 証明書発行（割印）
- ☐ 領収書作成
- ☐ 郵送（ / ）

受付日 ・ 受付者	窓口対応日 ・ 対応者
/ .	/ .

〒305-0005
茨城県つくば市天久保1丁目2番地
つくば総合健診センター
TEL029-856-3500(代)