

腫瘍マーカー検査費用補助請求書

令和〇年〇月〇日

保険証記号・番号	1010 - 0505	被保険者氏名	健保 五郎
事業所名	中部日本放送株式会社		
対象者氏名	健保 雅子		(続柄) 妻
	(続柄)		
被保険者の住所	名古屋市〇〇区△△町 1-2-3		

注意事項

- 腫瘍マーカー検査費用の領収証は、受診者の名前が記載されている
原本を添付して下さい。

中部日本放送健康保険組合