

サンプル

2025 年 6 月 20 日

請 求 書

健保連人間ドック実施指定施設会員名 御中

公益社団法人 全日本病院協会

会長 猪口 雄二

登録番号：T9010005003096

担当：上田

Eメール：ningendock@ajha.or.jp

健保連人間ドック年会費を下記のとおりご請求申し上げます。

ご請求金額 30,000円（税込）

内 訳	数 量	単 価	金 額
健保連人間ドック実施指定施設 年会費	1	27,273	27,273
合 計 27,273 円 消 費 税 2,727 円 (10% 対 象 27,273 円 消 費 税 2,727 円)			

※お振込手数料はご負担下さいますようお願い致します。【納入方法】下記いずれかの方法で、ご納入下さい。

- 郵便振込方式 一括納入（同封用紙にてお支払い下さい）
- 銀行振込方式 一括納入（下記振込先）

※お振込みの際は上記「会員番号」の入力をお願いします。※

【銀行振込先口座】

みずほ銀行 九段支店 普通 943792

公益社団法人 全日本病院協会

シャ）ゼンニホンビョウインキョウカイ

【振込期限】2025 年 7 月 31 日（木）まで

【問合先】

公益社団法人 全日本病院協会事務局（担当：人間ドック委員会）

〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町 1-4-17 東洋ビル 11 階

E-mail ningendock@ajha.or.jp