

サンプル

2026年5月29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 神野 正博

登録番号：T9010005003096

担当：竹内

Eメール：ningendock@ajha.or.jp

健保連人間ドック年会費および更新費を下記のとおりご請求申し上げます。

ご請求金額 50,000 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
健保連人間ドック実施指定施設 更新費 (3学会減免申請分適応済み)	1	18,182	18,182
合 計 45,455 円 消 費 税 4,545 円 (10% 対象 45,455 円 消 費 税 4,545 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「**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】2026年7月31日(金)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](mailto:ningendock@ajha.or.jp)