

支払額通知書：健診等機関ごとに、金融機関情報、支払日、支払額を通知するもの

健診等機関番号：10XXXXXXXX

〒 8XXXXXX

22XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
22XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
22XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 様

## 支払額通知書

( 2X 2X年 2X月 受付分)

2X 2X年 2X月 2X日 作成  
15XXXXXXXXXXXXXXXXXX

健診等費用について支払決定し、金融機関に送金しますので通知いたします。

金融機関名	15XXXXXXXXXXXXXXXXXX 15XXXXXXXXXXXXXXXXXX
支店名	15XXXXXXXXXXXXXXXXXX
支払日	2X 2X年 2X月 2X日

支払金額 (振込金額)

11XXXXXXXXXX 円