

極秘

(様式 2)

骨粗しょう症検査実施証明書

《 1. 事業所で検査を行った場合》

別添のとおり、

被保険者 _____ 名、被扶養者 _____ 名に対し、
検査を行ったこと、また検査費用として、

被保険者 1 名につき _____ 円、被扶養者 1 名につき _____ 円
領収したことを証明します。

年 月 日

事業所名 _____

事業主名 _____