

定期健康診断・人間ドック等 受診料助成金対象者名簿

事業所名		事業所番号（上5ケタ）				
受診項目 (○をつける)	1. 定期健康診断 2. 人間・脳ドック 3. その他（ （受診者によって項目が異なる場合は、下記の備考欄に該当するNo.をご記入ください。）					
受診会員名	個人番号 (下4ケタ)	受診日	備考			
1		H 年 月 日				
2		H 年 月 日				
3		H 年 月 日				
4		H 年 月 日				
5		H 年 月 日				
6		H 年 月 日				
7		H 年 月 日				
8		H 年 月 日				
9		H 年 月 日				
10		H 年 月 日				
11		H 年 月 日				
12		H 年 月 日				
13		H 年 月 日				
14		H 年 月 日				
15		H 年 月 日				
16		H 年 月 日				
17		H 年 月 日				
18		H 年 月 日				
19		H 年 月 日				
20		H 年 月 日				
21		H 年 月 日				
22		H 年 月 日				
23		H 年 月 日				
24		H 年 月 日				
25		H 年 月 日				

*人間ドックや脳ドックの場合は、病院からの請求書など、金額の明細が記載されているもの(写しで可)を領収書と一緒に添えてください。

*この用紙は、複写してお使いください。ご請求は、FAXまたは郵送で。

FAX : 076-234-7810