

健診費用助成金受診者名簿

健康保険の 記号		事業所名称	
医療機関名			

※今回の申請に該当する方についてご記入ください。

健康保険の 番号	受診者氏名 誕生年月	健診 年齢 新規資格 取得者 ○印	※受診項目に○印														
			定健・特定	血液	心電図	大腸がん	骨密度	消化器	子宮頸がん	乳房	脳	PSA	腹部エコー	眼底	眼圧	歯科	再検査
	年 月																
	年 月																
	年 月																
	年 月																
	年 月																
	年 月																
	年 月																
	年 月																
	年 月																
	年 月																

※健康保険の番号を必ず記入ください。

※健診年齢は、4月から翌年3月までに達する年齢です。

※年齢の下に今年度新規資格取得者の場合○の印をお願いいたします。