※太枠内を記入してください。なお、保険証の番号順で記入してください。

健康診断補助金連名簿（35 歳未満）

健康保険記号					－	支店コード			

健診機関名	

	番　号	氏　　名	受　診　日	健 診 料 金 (税込)	補　助　金　額	備　　考
1			R	¥	¥	
2			R	¥	¥	
3			R	¥	¥	
4			R	¥	¥	
5			R	¥	¥	
6			R	¥	¥	
7			R	¥	¥	
8			R	¥	¥	
9			R	¥	¥	
10			R	¥	¥	
11			R	¥	¥	
12			R	¥	¥	
13			R	¥	¥	
14			R	¥	¥	
15			R	¥	¥	
16			R	¥	¥	
17			R	¥	¥	
18			R	¥	¥	
19			R	¥	¥	
20			R	¥	¥	