

※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。

生活習慣病予防健診補助金連名簿（35歳以上）

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)	追加検査 (税込)		胃部 未実施	補助金額	備考
				乳房検査	子宮頸がん検査			
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	¥	¥	¥		¥	