

定期健康診断受診者一覧表

(/)

項番	請求元事業所で記入する項目				事務局で記入する項目		備 考
	会員番号	会員氏名	受診日	健診料金	助成区分	助成金額	
1	—				1・2・3・4・外		
2	—				1・2・3・4・外		
3	—				1・2・3・4・外		
4	—				1・2・3・4・外		
5	—				1・2・3・4・外		
6	—				1・2・3・4・外		
7	—				1・2・3・4・外		
8	—				1・2・3・4・外		
9	—				1・2・3・4・外		
0	—				1・2・3・4・外		
1	—				1・2・3・4・外		
2	—				1・2・3・4・外		
3	—				1・2・3・4・外		
4	—				1・2・3・4・外		
5	—				1・2・3・4・外		
6	—				1・2・3・4・外		
7	—				1・2・3・4・外		
8	—				1・2・3・4・外		
9	—				1・2・3・4・外		
0	—				1・2・3・4・外		
1	—				1・2・3・4・外		
2	—				1・2・3・4・外		
3	—				1・2・3・4・外		
4	—				1・2・3・4・外		
5	—				1・2・3・4・外		
6	—				1・2・3・4・外		
7	—				1・2・3・4・外		
8	—				1・2・3・4・外		
9	—				1・2・3・4・外		
0	—				1・2・3・4・外		

*1 枚で書ききれない場合は、『定期健康診断受診者一覧表 (/)』に記入して添付してください。

*医療機関の書類や自社作成書類で代替可能な場合は【別紙】と記入のうえ、添付してください。

*太枠内のみ記入してください。「事務局で記入する項目」は、記入しないでください。

*提出いただいた個人情報は、公社の個人情報保護規程に基づき管理するとともに、事業目的以外には使用いたしません。