（第18-１号様式）

**健 康 診 断 等 受 診 者 名 簿**

事業所番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

※事業所にて2回健康診断を実施させれている場合は、合計金額にて年度内1回申請をいただけます。

その場合、2回目受診後3カ月以内の申請をお願いします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 個人番号下三桁 | 会 員 名 | 受 診 日 | 受 診 料 金 | 受診医療機関名 |
| 1回目 | 2回目 | 1回目 | 2回目 | 合　計 |
| 1 |  |  | 月　 日 | 月　 日 | 円 | 円 | 円 |  |
| 2 |  |  | 月　 日 | 月　 日 | 円 | 円 | 円 |  |
| 3 |  |  | 月 　日 | 月　 日 | 円 | 円 | 円 |  |
| 4 |  |  | 月　 日 | 月　 日 | 円 | 円 | 円 |  |
| 5 |  |  | 月　 日 | 月　 日 | 円 | 円 | 円 |  |
| 6 |  |  | 月　 日 | 月　 日 | 円 | 円 | 円 |  |
| 7 |  |  | 月　 日 | 月　 日 | 円 | 円 | 円 |  |
| 8 |  |  | 月 　日 | 月　 日 | 円 | 円 | 円 |  |
| 9 |  |  | 月　 日 | 月　 日 | 円 | 円 | 円 |  |
| 10 |  |  | 月　 日 | 月　 日 | 円 | 円 | 円 |  |
| 11 |  |  | 月 　日 | 月　 日 | 円 | 円 | 円 |  |
| 12 |  |  | 月 　日 | 月　 日 | 円 | 円 | 円 |  |
| 13 |  |  | 月 　日 | 月　 日 | 円 | 円 | 円 |  |
| 14 |  |  | 月 　日 | 月　 日 | 円 | 円 | 円 |  |
| 15 |  |  | 月　 日 | 月　 日 | 円 | 円 | 円 |  |
| 16 |  |  | 月　 日 | 月　 日 | 円 | 円 | 円 |  |
| 17 |  |  | 月　 日 | 月　 日 | 円 | 円 | 円 |  |
| 18 |  |  | 月　 日 | 月　 日 | 円 | 円 | 円 |  |
| 19 |  |  | 月　 日 | 月　 日 | 円 | 円 | 円 |  |
| 20 |  |  | 月　 日 | 月　 日 | 円 | 円 | 円 |  |