

(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 下四 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	