

健康診断等受診者名簿

事業者番号		事業所名	
-------	--	------	--

会員 番号	会員氏名	健診の種類 (○印)			年度末年齢 40.50.60 才 の方は○印	インフルエンザ 予防接種 の方は○印	受診費用 (本人負担額)	助成額
		健康 診断	人間 ドック	脳 ドック				
助成額 合 計								円

- ① 本人負担が 5,000 円以上 10,000 円未満の場合 助成額 2,000 円
- ② " 10,000 円以上の場合 助成額 5,000 円
- ③ " 上記②で、年度末年齢 40・50・60 才の場合 (節目健診) 助成額 10,000 円
- ④ インフルエンザ 助成額 500 円