

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歳 の方は○印	インフルエンザ 予防接種 の方は○印	受診費		助成額
		健康 診断	人間 ドック	脳 ドック			事業所負担額	本人負担額	
助成額 合計					名		円		

- 1 本人負担が5千円以上1万円未満の場合 助成額 2千円
- 2 " 1万円以上の場合 助成額 5千円
- 3 " 上記2で、年度末年齢40・50・60歳の場合(節目健診) 助成額 1万円
- 4 インフルエンザ予防接種 助成額 500円