

**注** 注意① コピーしてお使いください  
 注意② ご記入はボールペンで(鉛筆不可)

コピー FAX送信番号  
 FAX 025-201-6117

様式  
**7**

# 定期健康診断・人間ドック 受診料補助金 対象者名簿

添付書類①

受診会員名		会員番号				受診区分 ○印 年度内いずれか1回	受診年月日			
①						健診 ドック	令和	年	月	日
②						健診 ドック	令和	年	月	日
③						健診 ドック	令和	年	月	日
④						健診 ドック	令和	年	月	日
⑤						健診 ドック	令和	年	月	日
⑥						健診 ドック	令和	年	月	日
⑦						健診 ドック	令和	年	月	日
⑧						健診 ドック	令和	年	月	日
⑨						健診 ドック	令和	年	月	日
⑩						健診 ドック	令和	年	月	日
⑪						健診 ドック	令和	年	月	日
⑫						健診 ドック	令和	年	月	日
⑬						健診 ドック	令和	年	月	日
⑭						健診 ドック	令和	年	月	日
⑮						健診 ドック	令和	年	月	日
⑯						健診 ドック	令和	年	月	日
⑰						健診 ドック	令和	年	月	日
⑱						健診 ドック	令和	年	月	日
⑳						健診 ドック	令和	年	月	日