( 別 紙 )　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　No.

補助金適用契約健診機関受診者名簿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所記号 |  | 事業所名称 |  |
| 健診機関名称 |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健診  年月日 | 保険証  番号 | フリガナ | 生年月日 | | 年齢 | 性別 | 健診種別 |
| 氏名 |
| ･　･ |  |  | S  H | ・　 ・ |  | 男  女 | 生活習慣病健診 |
|  |
| ･　･ |  |  | S  H | ・　 ・ |  | 男  女 | 生活習慣病健診 |
|  |
| ･　･ |  |  | S  H | ・　 ・ |  | 男  女 | 生活習慣病健診 |
|  |
| ･　･ |  |  | S  H | ・　 ・ |  | 男  女 | 生活習慣病健診 |
|  |
| ･　･ |  |  | S  H | ・　 ・ |  | 男  女 | 生活習慣病健診 |
|  |
| ･　･ |  |  | S  H | ・　 ・ |  | 男  女 | 生活習慣病健診 |
|  |
| ･　･ |  |  | S  H | ・　 ・ |  | 男  女 | 生活習慣病健診 |
|  |
| ･　･ |  |  | S  H | ・　 ・ |  | 男  女 | 生活習慣病健診 |
|  |
| ･　･ |  |  | S  H | ・　 ・ |  | 男  女 | 生活習慣病健診 |
|  |
| ･　･ |  |  | S  H | ・　 ・ |  | 男  女 | 生活習慣病健診 |
|  |

（注）①　補助金対象者のみ記入し、受診月ごとに名簿を作成してください。

②　性別欄はいずれかに○をしてください。

大阪府電設工業健康保険組合

TEL 06-6385-2851

（請求先：大阪府電設工業健康保険組合　〒564-0063 大阪府吹田市江坂町1-12-38）

健診機関名称 ㊞