定期健康診断補助支給申請者一覧

事業所記号：

事業所名称：

注1：年度末（3月31日）の年齢をご記入ください。

					注1					※2添付確認チェック	
	健診機関	被保険者番号	受診者名	本・家	年齢	健診種類※1	受診日	受診金額	健保補助額	質問票	データ
記入例	○○○○	58	健保　太郎	本	40	人間ドック	07/10	38,000	25,000		○
	○○○○	58	健保　太郎	本	40	**注2**前立腺癌(PSA)	07/10	2,000	1,800		
	注2：前立腺癌(PSA)の補助は、「人間ドック」健診項目に含まれてる場合は申請できません。										
	◇◇◇◇◇	102	健康　花子	家	45	生活習慣病健診	07/15	21,000	15,000	○	
	◇◇◇◇◇	102	健康　花子	家	45	女性検診	07/15	7,500	4,000		
							計				

※1　一般健診・生活習慣病・人間ドック・女性検診・前立腺がん（PSA）

※2　40歳以上の方は、**質問票またはXMLデータを必ず添付**してください。