

定期健康診断受診料補助金対象者名簿

| 受診会員名 | 会員番号 | 生年月日 | 受診日 |
|-------|------|-------|-------|
| ① | — | 年 月 日 | 年 月 日 |
| ② | — | 年 月 日 | 年 月 日 |
| ③ | — | 年 月 日 | 年 月 日 |
| ④ | — | 年 月 日 | 年 月 日 |
| ⑤ | — | 年 月 日 | 年 月 日 |
| ⑥ | — | 年 月 日 | 年 月 日 |
| ⑦ | — | 年 月 日 | 年 月 日 |
| ⑧ | — | 年 月 日 | 年 月 日 |
| ⑨ | — | 年 月 日 | 年 月 日 |
| ⑩ | — | 年 月 日 | 年 月 日 |
| ⑪ | — | 年 月 日 | 年 月 日 |
| ⑫ | — | 年 月 日 | 年 月 日 |
| ⑬ | — | 年 月 日 | 年 月 日 |
| ⑭ | — | 年 月 日 | 年 月 日 |
| ⑮ | — | 年 月 日 | 年 月 日 |
| ⑯ | — | 年 月 日 | 年 月 日 |
| ⑰ | — | 年 月 日 | 年 月 日 |
| ⑱ | — | 年 月 日 | 年 月 日 |
| ⑳ | — | 年 月 日 | 年 月 日 |

☆補助対象者は、満40歳以上（受診日）の会員本人のみです。
 ☆コピーしてお使いください。
 ☆届出は郵送または窓口へ（FAX不可）