

## 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）