

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	番号	フリガナ氏名	生年月日	年齢	性別	健診種別
・ ・			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