

人間ドック補助金請求者名簿

事業所記号

事業所名称

No.	番号	請求者(受診者)	受診日	支払金額(税込)
1			/	円
2			/	円
3			/	円
4			/	円
5			/	円
6			/	円
7			/	円
8			/	円
9			/	円
10			/	円
11			/	円
12			/	円
13			/	円
14			/	円
15			/	円

※ 同一医療機関での受診者が複数の場合は、医療機関発行の名簿で代用可能です。

ただし、上記必要項目の記載があるものに限りです。

※ 請求書による振込をされた場合は、請求書・請求明細書および振込完了のわかる書類をご提出ください。