

# 健康診断受診者名簿

本請求に該当する健康診断受診者は、次のとおり 30 名です。(内、指定医療機関 20 名、その他医療機関 10 名)

No.	会 員 番 号	会 員 氏 名	医療機関	No.	会 員 番 号	会 員 氏 名	医療機関
1	0 0 0 3	○○○○	指定・その他	26	0 0 3 3	○○○○	指定・その他
2	0 0 0 4	○○○○	指定・その他	27	0 0 3 4	○○○○	指定・その他
3	0 0 0 5	○○○○	指定・その他	28	0 0 3 5	○○○○	指定・その他
4	0 0 0 6	○○○○	指定・その他	29	0 0 3 6	○○○○	指定・その他
5	0 0 0 7	○○○○	指定・その他	30	0 0 3 7	○○○○	指定・その他
6	0 0 0 8	○○○○	指定・その他	31			指定・その他
7	0 0 0 9	○○○○	指定・その他	32			指定・その他
8	0 0 1 0	○○○○	指定・その他	33			指定・その他
9	0 0 1 1	○○○○	指定・その他	34			指定・その他
10	0 0 1 2	○○○○	指定・その他	35			指定・その他
11	0 0 1 3	○○○○	指定・その他	36			指定・その他
12	0 0 1 4	○○○○	指定・その他	37			指定・その他
13	0 0 1 5	○○○○	指定・その他	38			指定・その他
14	0 0 1 6	○○○○	指定・その他	39			指定・その他
15	0 0 1 7	○○○○	指定・その他	40			指定・その他
16	0 0 1 8	○○○○	指定・その他	41			指定・その他
17	0 0 1 9	○○○○	指定・その他	42			指定・その他
18	0 0 2 0	○○○○	指定・その他	43			指定・その他
19	0 0 2 1	○○○○	指定・その他	44			指定・その他
20	0 0 2 2	○○○○	指定・その他	45			指定・その他
21	0 0 2 3	○○○○	指定・その他	46			指定・その他
22	0 0 2 4	○○○○	指定・その他	47			指定・その他
23	0 0 2 5	○○○○	指定・その他	48			指定・その他
24	0 0 2 6	○○○○	指定・その他	49			指定・その他
25	0 0 2 7	○○○○	指定・その他	50			指定・その他

←受診された医療機関がときめきプラザ指定の医療機関の場合は、指定に○印を、その他の医療機関の場合は、その他に○印を付けてください。

ご請求時に既に退会している方でも、健康診断受診時に会員であった場合は、助成の対象となりますので、ご請求ください。

**コピーまたはWebからプリントアウトしてください。請求前に再度確認を！**