

対象者が15名を超える場合は、この用紙を使用して、健康診断受診助成金請求書に添付してください。

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 _____ 名です。(内、指定医療機関 _____ 名、その他医療機関 _____ 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			指定・その他	26			指定・その他
2			指定・その他	27			指定・その他
3			指定・その他	28			指定・その他
4			指定・その他	29			指定・その他
5			指定・その他	30			指定・その他
6			指定・その他	31			指定・その他
7			指定・その他	32			指定・その他
8			指定・その他	33			指定・その他
9			指定・その他	34			指定・その他
10			指定・その他	35			指定・その他
11			指定・その他	36			指定・その他
12			指定・その他	37			指定・その他
13			指定・その他	38			指定・その他
14			指定・その他	39			指定・その他
15			指定・その他	40			指定・その他
16			指定・その他	41			指定・その他
17			指定・その他	42			指定・その他
18			指定・その他	43			指定・その他
19			指定・その他	44			指定・その他
20			指定・その他	45			指定・その他
21			指定・その他	46			指定・その他
22			指定・その他	47			指定・その他
23			指定・その他	48			指定・その他
24			指定・その他	49			指定・その他
25			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クラブ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！