

【記入例】

生活習慣病予防健診助成金請求者名簿

契約者番号		1 2 3 4 - 0 5		施設名等	××デイサービスセンター	
No.	職員番号	被共済職員氏名	受診年月日	病 院 名	金 額	
1	0 0 0 1	利根 雪江	25・8・21	〇〇病院	3,500	
2	0 0 0 8	白根 登	"		3,500	
3	0 0 1 2	山川 海子	"		630	
4	0 0 2 0	浅間 嶺子	25・6・10	××病院	630	
5	0 0 3 5	群馬 太郎	25・5・15	△△病院	3,500	
<p>名簿は施設ごとに作成してください。</p>						
<p>職員番号順に記入してください。</p>						
<p>給付金として請求する金額を記入してください。 (3,500円以下の実費) ※ 実際に支払った金額ではありません！ 従って、合計額を名簿ごとに足し上げた数字が 給付金請求書に記載される金額となります。</p>						
合 計					11,760 円	

<個人情報の取扱いに関する注意事項>

上記に記載された個人情報は、県単共済業務及びこれに附随する業務の範囲内で利用されます。