

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	R2・8・21	} ○○病院	3,500	
2	0 0 0 8	白根 登	〃		3,500	
3	0 0 1 2	山川 海子	〃		1,039	
4	0 0 2 0	浅間 嶺子	R2・6・10	××病院	1,039	
5	0 0 3 5	群馬 太郎	R2・6・15	△△病院	3,500	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 名簿は施設ごとに作成してください。 </div>						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 職員番号順に記入してください。 </div>						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 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。 </div>						
合 計					12,578 円	