（様式第３号）　　Ｎｏ．

生活習慣病健診・人間ドック個人別費用明細表

（被保険者）（被扶養者）

事業所名＜任意継続被保険者＞

受診者			費用		
保険証番号	氏名	年令	① 実費額	② 本人負担額	①－② 補助請求額
計					
総計					

（注）１．２枚以上に及ぶときは、「総計」の金額は最後にのみ記入してください。
２．被保険者、被扶養者別に作成してください。
３．②の本人負担額は①の実費額からそれぞれの補助額（３０歳以上３５歳未満の被保険者及び配偶者は１０，０００円、３５歳以上の被保険者及び配偶者は２５，０００円以下同じ）を除いた額となります。又①の実費額がそれぞれの補助額以下の場合は０となります。