

## 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&lt;任意継続被保険者&gt;

受診者			費用		
保険証 番号	氏名	年齢	① 実費額	② 本人負担額	①－② 補助請求額
6xxxx	健保 太郎	xx	43,500	18,500	25,000
計					
総計			43,500	18,500	25,000

- (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。