（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）（配 偶 者）

事業所名

受　　診　　者			費　　用		
被保険者等番号	氏　　名	年令	① 実　費　額	② 本人負担額	①　－　② 補助金の請求額
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、配偶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金の請求額（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。また、①の実費額がそれぞれの補助金の請求額以下の場合は、②の本人負担額は０となります。