

(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<任意継続被保険者> _____

受診者			費用		
被保険者 等番号	氏名	年齢	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。