

(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 令	① 実 費 額	② 本人負担額	① — ② 補助請求額
6 × × × ×	健保 太郎	× ×	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。