

定期健康診断受診者名簿

記入例

事業所名	(株) 川口工業
健診機関名	川口市立医療センター

(1 枚の内 1 枚目)

No.	補助対象者兼 受診者氏名	受診日	受診料 (円) (税込額)	補助金額
1	川口 花子	2024/1/15	5,800円	1,800円
2	青木 太郎	R6.2.1	1,000円	1,000円
3	ジョン・スミス	R6/2/10	8,000円	1,800円
4	受診料は、定期健康診断（消費税込）のみ、ご記入下さい。 ガン検診、特殊検診等は対象となりませんので、受診料には 含めないで下さい。			
5				
6				

定期健康診断は下記が対象です。
 ※労働安全衛生規則第44条に基づく

1. 既往歴及び業務歴の調査
2. 自覚症状及び他覚症状の有無の検査
3. 身長、体重、視力及び聴力の検査
4. 胸部エックス線検査及び喀痰検査
5. 血圧の測定
6. 貧血検査
7. 肝機能検査
8. 血中脂質検査
9. 血糖検査
10. 尿検査
11. 心電図検査

- ◆健診機関が従業員によって異なる場合
 - ・様式第 1 号には主たる健診機関をご記入ください。
 - ・様式第 2 号から健診機関ごとにまとめてご記入ください。
- ◆補助金額について
 - ・補助対象外の方（社長・役員・雇入れ時健診）は記載しないでください。

様式第 1 号の「8 受診料総額」・
 「6 補助金請求金額」へ記入

9				
0				
計	3人		14,800円	4,600円

※川口市内の事業所に従事している従業員が対象です。
 事業主及び役員、雇入時の健康診断は対象となりません。