

定期健康診断受診者名簿

事業所名	
健診機関名	

(枚の内 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				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
計	人		円	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。