簡易生活習慣病健診（首都圏巡回健診・健保会館）部外者名簿

事業所名	○○○○株式会社
本・支店・営業所名	○○○営業所 （健保会館での申し込みの場合は未記入）

【注意事項】

- 総括書を先頭に別紙様式①-2「受診者名簿」の最後に本紙「部外者名簿」を添付してご提出ください。
- 巡回健診のお申し込みは、事業場（本・支店・営業所）毎に名簿を作成してください。
- 部外者の健診料金は全額事業所負担となります。

㊟本紙に記入するのは部外者のみとし、被保険者・被扶養者は別紙様式①-2「受診者名簿」にご記入ください

フリガナ 受診者名	生年月日	性別	健診料金	備考
ソウコ　ジロウ 倉庫　二郎	□昭和 ☑平成 ○○年○○月○○日	☑男 □女	7，591円	
	□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	7，591円	
	□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	7，591円	
	□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	7，591円	
	□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	7，591円	
	□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	7，591円	
	□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	7，591円	
	□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	7，591円	
	□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	7，591円	
	□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	7，591円	
	□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	7，591円	
	□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	7，591円	
	□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	7，591円	
	□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	7，591円	
	□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	7，591円	
	□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	7，591円	
	□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	7，591円	
	□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	7，591円	
	□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	7，591円	
	□昭和 □平成 年　月　日	□男 □女	7，591円	