

【事業所健診 補助対象一覧表】

氏 名		健診費用額 (円)	受診機関名
☐			
☐			
☐			
☐			
☐			
☐			
☐			
☐			
☐			
☐			
☐			
☐			
☐			
☐			
☐			
☐			
☐			
☐			
☐			
☐			
☐			
合 計			

※40歳以上の方は左端にレ点(チェックマーク)をお願い致します。

◆40歳以上＝当該年度(4月～3月)に40歳になられる方も含みます。

※各1名につき費用の半額を支給致します。

【 上限8, 000円 】

福井県薬剤師国民健康保険組合 事務局