（様式　２号）

令和　　年　　月度

受　診　者　名　簿

No.	受診日	健康保険証		受診者名		請求金額（円）		実施コースの区分　（該当欄に○印を記入）							
	月　日	記号	番号	氏名（漢字で記入）	区分（○印を）	健診料金	消費税	１日	肺がん	婦人科	マンモ	ＨＣＶ	脳ドック	家族	
1		1 6			本人・家族										
2		1 6			本人・家族										
3		1 6			本人・家族										
4		1 6			本人・家族										
5		1 6			本人・家族										
6		1 6			本人・家族										
7		1 6			本人・家族										
8		1 6			本人・家族										
9		1 6			本人・家族										
10		1 6			本人・家族										
11		1 6			本人・家族										
12		1 6			本人・家族										
13		1 6			本人・家族										
14		1 6			本人・家族										
15		1 6			本人・家族										
16		1 6			本人・家族										
17		1 6			本人・家族										
18		1 6			本人・家族										
計		↑ 他事業所の受診者もありうるので必ず記入													