

2次検査受診者名簿

令和 年 月度

①ドック受診（1次）後、3ヶ月以内での2次検査受診（有資格者）のみ補助金の対象です。
 ②要2次でも、内容が3ヶ月後・6ヶ月後・1年後での受診指示は『経過観察』と見做し補助金の対象外です。

No.	受診日		健康保険証		受診者名		ドック受診（1次）結果		2次検査実施内容		請求金額（円）				
	月	日	記号	番号	氏名	本人・家族（○印を）	受診日 月 日	要再検・要精検の 該当する項目に○ 印	（検査項目・検査方法）		検査料金	消費税	総額		
1			16			本・家		要再検・要精検							
2			16			本・家		要再検・要精検							
3			16			本・家		要再検・要精検							
4			16			本・家		要再検・要精検							
5			16			本・家		要再検・要精検							
6			16			本・家		要再検・要精検							
7			16			本・家		要再検・要精検							
8			16			本・家		要再検・要精検							
9			16			本・家		要再検・要精検							
10			16			本・家		要再検・要精検							
11			16			本・家		要再検・要精検							
12			16			本・家		要再検・要精検							
13			16			本・家		要再検・要精検							
計			 他事業所の受診者もありうるので必ず記入												