



別紙

### 定期健康診断受診者名簿

事業者名

代表者名



定期健康診断検査助成申請に関し、以下の者が当社に勤務し運転に従事する従業員であり、定期健康診断を受診したことを証明します。

No.	氏名	受診医療機関名	受診年月日	助成金額
1			年 月 日	円
2			年 月 日	円
3			年 月 日	円
4			年 月 日	円
5			年 月 日	円
6			年 月 日	円
7			年 月 日	円
8			年 月 日	円
9			年 月 日	円
10			年 月 日	円
11			年 月 日	円
12			年 月 日	円
			合計	円