

生活習慣病予防健診実施報告書
(令和 年 月 実施分)

健診実施機関名			
実施月日	受診者数(人)	実施月日	受診者数(人)
/		/	
/		/	
/		/	
/		/	
/		計	

令和 年 月 日

※実際に実施した支店(本店)住所等を記入ください

実施事業所住所

事業所名

支店名

報告者部署名

報告者氏名

印

電話番号(連絡先)

※ 本報告書は受診終了後、速やかにご提出ください。(受診後1ヶ月以内をお願いします)

※ 全額立替払いで受診された場合は、本報告書ではなく「健診(検査)補助金申請書(個人立替用)」で、補助金の申請をしてください。