

様式第 2 号

健康管理手帳所持者に係る健康診断費請求内訳書
(種類)

委託医療 機関の番号	第 号	委託医療 機関の名称		
支払者名	健康管理 手帳の番号	健康診断 実施年月日	支払額	健康管理手 帳交付局名
	第 号	年 月 日	円	局
健康診断受診者氏名			(才)	

健康診断の内容		金額		摘要
検 査 項 目		円		
そ の 他				
合 計				

(種類) の欄には、ベンジジン、ベーターナフチルアミン、じん肺、クロム酸等、砒素、コールタール、ビス(クロロメチル)エーテル、ベリリウム、ベンゾトリクロリド、塩化ビニル、石綿、ジアニシジン、1, 2-ジクロロプロパン若しくはオルト-トルイジン又は船員じん肺若しくは船員石綿の別を記入すること。