2020年度 協会補助対象外受診者リスト

	保険証番号	受診施設	氏名 ※姓、名の間に全角スペースを入れてください	フリガナ （全角）	性別	生年月日	年齢	健康診断コース	その他オプション	備考 （健診希望時期など）
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										