

「健康者表彰」調書

事業所名

事業所長名

印

保険証番号	被保険者氏名	性別	被扶養者の有無	備考
		男・女	有・無	
		男・女	有・無	
		男・女	有・無	
		男・女	有・無	
		男・女	有・無	
		男・女	有・無	
		男・女	有・無	
		男・女	有・無	
		男・女	有・無	
		男・女	有・無	
		男・女	有・無	
		男・女	有・無	
		男・女	有・無	
		男・女	有・無	
		男・女	有・無	

注 1) 該当欄に 印をつけて下さい。氏名は楷書でハッキリ記入願います。

2) 該当者がいないときも、「該当者なし」で返送願います。

被表彰者は、「健保だより」等で氏名の公表をいたしますのでご了承さるようお願いいたします。