

## 特定健診記録票 総括票

平成 年 月 日

健診機関名 \_\_\_\_\_

月分	件
----	---

No	受診者名	No	受診者名
1		21	
2		22	
3		23	
4		24	
5		25	
6		26	
7		27	
8		28	
9		29	
10		30	
11		31	
12		32	
13		33	
14		34	
15		35	
16		36	
17		37	
18		38	
19		39	
20		40	

(この総括票はコピーしてお使いください)

必ず受診券のコピーを添付  
してください。

### 特定健診記録票 総括票

平成 年 月 日

\_\_\_\_\_ 医師会

月分	件
健診機関数	機関

No	健診機関名	件数
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		