様式第１号(第５条関係)

人間ドック予防検診費補助金申請書

(指定医療機関用)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証番号 | 川島・ | 世帯主氏名 |  |
| 受診者 | 住所 | 川島町 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 年齢 | 歳 |
| 受診区分 | １　人間ドック　　　　　２　脳ドック |
| 検査日程 | １　一日外来　　　　　　２　一泊二日 |
| 医療機関名 |  |
| 検査年月日 | 　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 検査料金 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　円(消費税等を含む) |
| 助成金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 問診項目：当てはまるものに〇をつけ、その他の場合は（　　）内に記入してください。１　かかったことのある病気はありますか　　なし、がん、大腸ポリープ、高尿酸血症、骨粗しょう症、パーキンソン病、白内障、　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）２　現在、気になる症状はありますか　　なし、冷え、むくみ、肩こり、頭痛、腰痛、膝痛、しびれ、めまい、耳鳴り、　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　町に検診結果を提出することを同意した上で、上記のとおり申請します。また、今年度の特定健診は受診しません（受診しませんでした）。　　　　　　　　年　　　月　　　日申請者　住所　川島町　　　　　　　　電　話　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　川島町長　様 |

|  |
| --- |
| ※役場決裁欄 |
| 支給決定日 | 年　　月　　日　 | 課長印 | 　 |