

川島町後期高齢者医療人間ドック検診費助成申請書兼請求書

（その他医療機関用）

助成金額（請求金額）		円			
受診者	被保険者証番号				
	住所				
	氏名		性別		
	生年月日	明・大・昭	年	月	日
年齢		年	歳		
受診区分	人間ドック・脳ドック	検査日程	一日外来・一泊二日		
医療機関名					
検査年月日	年	月	日	申出年月日	年 月 日
検査料金	円（消費税等を含む）				
添付書類	領収書、健康診断結果票				
<p>参考事項</p> <p>1 過去に検査を受けたことがありますか。 ア ある〔人間ドック 回（ 年頃）、脳ドック 回（ 年頃）〕 イ ない</p> <p>2 受診理由 ア 既往の疾病があるので(病名)受けた。エ 健康であるが念のため受けた。 イ 明らかに異常が感じられるので受けた。 オ その他 ウ どこかに異常があるように感じるので受けた。</p>					
<p>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（請求）します。 また、今年度の長寿健診は受診しません（受診しませんでした）。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 川島町</p> <p>電話</p> <p>氏名 印</p> <p>川島町長 様</p>					
<p>振込先</p> <p>金融機関名 _____銀行・信用金庫・農協 _____支店</p> <p>口座番号 普通・当座 _____</p> <p>ふりがな _____</p> <p>名義人 _____</p>					

役場決裁欄

支給 決定日	年 月 日	確認 印	
-----------	-------	---------	--

