

様式第1号（第4条関係）

川島町後期高齢者医療人間ドック検診費助成申請書

（指定医療機関用）

| | | | | | | |
|---|------------|-------|---------|----|---|----|
| 受診者 | 被保険者番号 | | | | | |
| | 住所 | 川島町 | | | | |
| | 氏名 | | | 性別 | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | 年齢 |
| 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 | 25,000円 | | | | | |
| 参考事項 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 2 受診理由 ア 既往の疾病があるので(病名)受ける。 イ 明らかに異常が感じられるので受ける。 ウ どこかに異常があるように感じるので受ける。 エ 健康であるが念のため受ける。 オ その他 | | | | | | |
| 町に検診結果を提出することを同意の上で、上記のとおり申請します。 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）。 年 月 日 住所 川島町 申請者 電話 氏名 印 川島町長 様 | | | | | | |

役場決裁欄

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