

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 | | | | |
| | 生年月日 | 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 | 円 | | | | |
| <p>問診項目：当てはまるものに○をつけ、その他の場合は()内に記入してください。</p> <p>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()</p> <p>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()</p> | | | | | |
| <p>町に検診結果を提出することに同意した上で、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</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 川島町 電話 氏名</p> <p>川島町長 様</p> | | | | | |

役場決裁欄

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