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 | 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○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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 上記のとおり申請します。  　　　　　　　　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 |  |