

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	25,000 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（ ）					
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	
-----------	-------	---------	--