

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 申請者（受診者）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	確認 印	
-----------	-------	---------	--