

様式第3号(第10条第2項関係)

人間ドック予防検診費補助金申請書兼請求書

(その他医療機関用)

補助金額(請求金額)		円			
被 保 険 者 番 号		川島・	世帯主氏名		
受 診 者	住 所				
	氏 名				
	生年月日	年	月	日	年 齢 歳
受 診 区 分		人間ドック・脳ドック	検査日程		一日外来・一泊二日
医 療 機 関 名					
検 査 年 月 日		年	月	日	申出年月日 年 月 日
検 査 料 金		円(消費税等を含む)			
添 付 書 類		領収書 健康診断結果票			
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(請求)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 住 所 川島町 電 話 氏 名 川島町長 様					
振込先 金融機関名 _____銀行・信用金庫・農協 _____支店 口座番号 普通・当座 _____ ふりがな _____ 名 義 人 _____					

※役場決裁欄

支 給 決定日	年 月 日	課長 印	
------------	-------	---------	--