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：当てはまるものに〇をつけ、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 | 　 |