

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			
被保険者証番号		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	
------------	-----------------	---------	--