

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		性別	男・女
	生年月日	昭和 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			
<p>参考事項</p> <p>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</p> <p>2 受診理由          ア 既往の疾病があるので(病名 )受けた。エ 健康であるが念のため受けた。          イ 明らかに異常が感じられるので受けた。 オ その他          ウ どこかに異常があるように感じるので受けた。</p>				
<p>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（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）。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者（受診者） 住 所 川島町          電 話          氏 名</p> <p>川島町長 様</p>				
<p>振込先</p> <p>金融機関名 _____銀行・信用金庫・農協_____支店          口座番号 普通・当座_____号          ふりがな _____</p> <p>名義人 _____</p>				

※ 役場決裁欄

支給 決定日	年 月 日	確認 印	
-----------	-------	---------	--

