

様式第1号（第5条関係）

人間ドック予防検診費補助金申請書（指定医療機関用）

|  |            |          |         |
|--|------------|----------|---------|
| 被保険者証番号  | 川島・        | 世帯主氏名    |         |
| 受診者  | 住所         | 川島町      |         |
|  | 氏名         |          | 性別 男・女  |
|  | 生年月日       | 昭和 年 月 日 | 年齢 歳    |
| 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） |          |         |
| 補助金額   | 25,000円    |          |         |
| <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。<br/>         ア ある〔人間ドック 回（ 年頃）、脳ドック 回（ 年頃）〕<br/>         イ ない</p> <p>2 受診理由<br/>         ア 既往の疾病があるので（病名 ）受ける。<br/>         イ 明らかに異常が感じられるので受ける。<br/>         ウ どこかに異常があるように感じるので受ける。<br/>         エ 健康であるが念のため受ける。<br/>         オ その他</p> |            |          |         |
| <p>町に検診結果を提出することを同意した上で、上記のとおり申請します。<br/>         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<br/>         申請者 住所 川島町<br/>         電話<br/>         氏名 印</p> <p>川島町長 様</p>  |            |          |         |

※役場決裁欄

|       |       |     |  |
|-------|-------|-----|--|
| 支給決定日 | 年 月 日 | 確認印 |  |
|-------|-------|-----|--|