

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 番 号		川島・	世帯主氏名		
受 診 者	住 所	川島町			
	氏 名				
	生年月日	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)				
助 成 金 額	円				
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（ ）					
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。 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 申請者 住 所 川島町 電 話 氏 名 川島町長 様					

※役場決裁欄

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