様式第２号

令和　　年　　月　　日

　上野村長　黒澤　八郎　　様

住所　上野村大字

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

（電話　５９－　　　　　　）

上野村脳ドック検診費補助金交付申請書

下記により脳ドック検診費の補助を受けたいので申請いたします。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 男・女 | 医療保険の  種類 | 国保・全健保･後期高齢  その他（　　　　　　　） |
|  | 大・昭 　　年　　　月　　日（　　　歳） | | 保険者名 |  |
| 検診医療機関 | 公立藤岡　・　黒沢病院　・　公立富岡 | | | |
|  | 令和　　　年　　　　月　　　　日　～　　　　月　　　　日 | | | |
| 調　査　事　項 | | | | |
| １．以前に脳ドックを利用したことがありますか？ | | | | |
| ア　ある　　（　　　　年：病院名　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| イ　ない | | | | |
|  | | | | |
| ２．脳ドックを利用したい理由。 | | | | |
| ア　健康であるが念のため。 | | | | |
| イ　体のどこかに異常が感じられるような気がするため。 | | | | |
| 具体的に（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| ウ　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
|  | | | | |
| ２．あなたの加入している医療保険で、今回脳ドック検診費の助成が受けられない理由は | | | | |
| 何ですか？ | | | | |
| ア　制度がない　　イ　該当年齢でない　　ウ　その他 | | | | |
| （　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |

＊公立富岡は1～3月のみ　公立藤岡・黒沢病院は7～3月で希望してください。