

令和 年 月 日

上野村長 黒澤 八郎 様

住所 上野村大字

氏名 (電話 59 -) 印

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

受診者氏名		男・女	医療保険の 種類	国保・全健保・後期高齢 その他 ()
生年月日	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			
検診希望日	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。