

様式第 1 号

平成 年 月 日

上野村長 様

住所 上野村大字 番地

氏名 印

(電話 59 -)

上野村住民脳ドック検診費補助金交付申請書

下記により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・社保・共済・その他
生年月日	T・S 年 月 日 (歳)		保険者名	
検診医療機関	公立藤岡総合病院 ・ 黒沢病院		保険者所在地	
検診希望日	平成 年 月 日 ~ 月 日			
調 査 事 項				
<p>1. 以前に脳ドックを利用したことがありますか？</p> <p>ア ある (年：病院名)</p> <p>イ ない</p> <p>2. 脳ドックを利用したい理由。</p> <p>ア 健康であるが念のため。</p> <p>イ 体のどこかに異常が感じられるような気がするため。</p> <p>具体的に ()</p> <p>ウ その他 ()</p> <p>3. 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？</p> <p>ア 制度がない イ 該当年齢でない ウ その他 ()</p>				