

健康診査等費用助成申請書

年 月 日

熱海市長 あて

住 所
申請者 氏 名
電話番号

健康診査等を受ける際に要した費用の助成を受けたいので、熱海市健康診査等の実施及び費用の助成に関する要綱第9条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

- 1 申請額 円
2 内 訳

【特定健康診査】

受診した病院 又は診療所	所在地	
	名 称	
	電話番号	
受 診 日	年 月 日	
病院又は診療所に支払った額		円

【胃がん検診】

受診した病院 又は診療所	所在地	
	名 称	
	電話番号	
受 診 日	年 月 日	
受診した検査	<input type="checkbox"/> 胃部エックス線検査	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査
病院又は診療所に支払った額		円

【子宮頸がん検診】

受診した病院 又は診療所	所在地	
	名 称	
	電話番号	
受 診 日	年 月 日	
病院又は診療所に支払った額		円

【乳がん検診】

受診した病院 又は診療所	所在地	
	名 称	
	電話番号	
受 診 日	年 月 日	
受診した検査	<input type="checkbox"/> MLO法のみ	<input type="checkbox"/> MLO法及びCC法
病院又は診療所に支払った額		円