申　請　書

宮城県民主医療機関連合会　御中

宮城民医連福島第一原発事故健康診断支援基金の支援を申請します

☐ 甲状腺総合健診（定価 10,000 円税抜・11,000 円税込）
　８割支援
　本人負担額 2,000 円税抜・2,200 円税込

☐ 甲状腺総合健診（定価 10,000 円税抜・11,000 円税込）
　全額支援　※住民税非課税の方：所得証明書が必要です
　本人負担額 0 円

☐ 甲状腺エコー検診（定価 4,000 円税抜・4,400 円税込）
　全額支援
　本人負担額 0 円

※２０　　年　　月　　日

受診者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所記載欄（事業所名：　　）

受取日　　２０　　年　　月　　日　　確認者＿＿＿＿＿＿＿＿

2023 年 11 月 25 日作成