

銚田市国民健康保険脳ドック健診費用助成申請書

銚田市長 様

銚田市国民健康保険脳ドック健康診査費用助成実施要綱第 7 条の規定に基づき、以下の脳ドック健診の受診及び助成金の交付を申請します。

なお、健診の結果等について、指定医療機関から銚田市に情報提供することに同意するとともに、健診結果によっては、同要綱第 12 条の規定に基づき、銚田市が実施する保健指導を受けることを承諾します。

申 請 日		年 月 日				
世帯主氏名						
申 請 者 (受診者)	住 所					
	フリガナ					
	氏 名					
	生年月日	年	月	日	年齢	歳
	被保険者記号・番号	銚田				
	電話番号					
ドックの種類	一般 ・ 簡易					
受診する医療機関						
受診日	年 月 日 ( )					

※年齢は、受診日時点で記入してください。