

松茂町国民健康保険脳ドック受診申請書

令和 年 月 日

松茂町長 吉 田 直 人 殿

住 所 松茂町

氏 名 印

電話番号

脳ドックを受診したいので、松茂町国民健康保険脳ドック事業実施要綱第 6 条の規定により申請します。

記

被 保 険 者 番 号	松茂 ー		
被 保 険 者 氏 名		性 別	男・女
	(個人番号：)		
生 年 月 日	昭和 年 月 日	年 齢	
国 保 世 帯 主 氏 名	(個人番号：)	世帯主 との 続 柄	

負担金	1 5 , 0 0 0 円
-----	---------------

※ 審査欄

年 齢 (40歳～73歳)	適 ・ 不適	承認 ・ 却下
加入期間 (1年以上)	適 ・ 不適	
国保税納付状況	適 ・ 不適	
過去 2 年受診歴	適 ・ 不適	
特定健康診査	適 ・ 不適	
確 認 者		

