

様式1号

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 富士雅章 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
生 年 月 日	昭和 年 月 日	年 齢	
国 保 世 帯 主 氏 名		世 帯 主 と の 続 柄	

負担金	15,000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		