

様式第2号（第5条関係）

国民健康保険脳ドック受診申請書				
年 月 日				
加須市長 様				
住 所 加須市				
申請者 氏 名				
電話番号				
国民健康保険脳ドックの助成を受けたいので、加須市国民健康保険人間ドック等助成要綱第5条第2項の規定により申請します。				
被 保 険 者 記 号 番 号			受 診 日	年 月 日
受 診 し た い 被 保 険 者	氏 名			性 別
	生年月日	年 月 日		年 齢 歳

注 太枠内のみ記入してください。

要 件 審 査	受 診 票 発 行 日	年 月 日
	受診票発行番号	
受 診 要 件	適 否	備 考
被 保 険 者 資 格	有 ・ 無	
国民健康保険税	完 納 ・ 未 納	

審査の結果、受診要件に 適合している 適合していない ので 承認 却下 します。

年 月 日