

様式第2号（第6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

加須市国民健康保険被保険者の脳ドックを受診したいので、加須市国民健康保険人間ドック及び脳ドック実施要綱第6条の規定により申請します。

| | | | | |
|---------------|------|-------|-----|-----|
| 被保険者証記号番号 | | | | |
| 受診したい 被保険者 | 氏 名 | | 性 別 | 男・女 |
| | 生年月日 | 年 月 日 | 年 齡 | 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