

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

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等実施要綱第5条第2項の規定により申請します。

被 保 険 者 証 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