

様式第1号（第5条関係）

小山町国民健康保険脳ドック等受診費助成申請書

年 月 日

小山町長 様

住所

申請者 氏名

電話番号

小山町国民健康保険脳ドック等事業の実施及び受診費助成に関する規則第5条の規定により、小山町国民健康保険脳ドック等受診費の助成を受けたいので次のとおり申請します。

被保険者・記号番号			
世帯主氏名			
助成を受ける 被保険者氏名	生年月日	年 月 日	
	性別	男 ・ 女	
検査実施医療機関名			
検査希望期間	年 月 日から 年 月 日		
検査の種類	脳ドック・特定健康診査に準じた検査		

(注)

- 1 脳ドックの申請する場合には、特定健康診査や特定健康診査に準ずる健康診断の結果を添付してください。
- 2 脳ドック等の検査結果は、町へ報告されるほか、保健指導として使用します。あらかじめ御承知おきください。

整理欄（国民健康保険記入）

受診資格	
備考	