

決 裁	課 長	係 長	係	起 案	平成 年 月 日	受診番号
				決 裁	平成 年 月 日	

平成 年 月 日

脳ドック受診申込書

川棚町長 様

受診申込者

国民健康保険で実施される脳ドックについて受診したく申請いたします。

記

1 住 所 川棚町 町郷 番地

電 話 ()

2 氏 名 _____

生年月日 昭 和 年 月 日 (満 歳)

性 別 男 ・ 女

3 被保険者証
記号番号 川棚

4 受診希望
年月日 第1 月 日 第2 月 日

(受診日については、医療機関と調整し決めてください。)

脳ドック受診についてのお知らせ

統計資料作成のため、脳ドック検査結果報告書の写しを川棚町国民健康保険が受領することに同意していただきます。