

様式第1号（第6条関係）

御殿場市国民健康保険脳ドック等助成申請書

被保険者記号・番号	(枝番)		
世帯主氏名			
助成を受ける 被保険者	氏名	生年月日	
検査医療機関名			
検査の種類	脳ドック ・ 特定健康診査に準じた検査		

(注意)

- 1 脳ドックの助成を受ける場合は、特定健康診査若しくは特定健康診査に準じた検査又は事業主健診の健診結果を添付してください。
- 2 脳ドック等の検査結果は、御殿場市へ報告されるほか、保健指導に使用する場合があります。あらかじめ御承知おきください。

上記のとおり申請します。

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

電話番号 _____

御 殿 場 市 長 様

事務処理欄	課 長	統 括	給付スタッフ	確認
受付印				<input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 納付 <input type="checkbox"/> ファイル