

受診番号

令和 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

電話 ()

2 氏名 受診申込者と同じ

※異なる場合は以下に記入願います。

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・

※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。