

様式第2号（第4条関係）

胎内市国民健康保険脳ドック費用助成申請書

氏名		保険証番号	胎内
生年月日	年 月 日	電話番号	
住所	〒 胎内市		
上記のとおり、脳ドック費用の助成を申請します。			
(あて先) 胎内市長		令和 年 月 日	
		受診者氏名:	_____
			(自署又は記名押印)

受診希望医療機関に○を付けてください。

指定医療機関		新潟脳外科病院 新潟市西区山田3057					
		中条中央病院 胎内市西本町12番1号					
		新潟県健康管理協会 新潟市中央区新光町11-1					
		新潟県けんこう財団 新潟市中央区紫竹山2-6-10					
その他の医療機関		名称:					
		所在地:					
受診希望日			令和 年 月 日				
(その他の医療機関希望者のみ記入)	助成金振込金融機関名	銀行	農協	金庫	その他	口座番号	口座名義人
		支店	種別				
							カガナ