

脳ドック費用助成申請書

保険証番号		受診を希望する被保険者氏名		生年月日	
胎内		フリガナ		年 月 日	
受診希望 医療機関 (○印を付すこと)	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		
			健康医学予防協会 新潟市中央区紫竹山2-6-10		
		その他の 医療機関		所在地： 名称：	
受診希望日				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	支店	種別	銀農金 行協庫	口座番号	口座名義人
			その他		フリガナ
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				年 月 日	
〒 ー					
受診者住所：胎内市					
受診者氏名： (自署又は記名押印)					
電話番号： ー					