

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		被保険者の 記号番号	胎内
生年月日	昭和 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	□ 座 番 号	
		□ 座 名 義 人 カガナ	
	支店	種別	