

様式第1号(第5条関係)

令和 年度 守谷市 脳ドック 検診料助成申請書

令和 年 月 日

守谷市長 あて

下記のとおり、脳ドックを利用したいので、承認し、助成くださるよう申請します。

なお、守谷市脳ドック検診料助成金受領に関するものを、検診病院に委任します。

また、脳ドック検診後、各医療機関が守谷市に対し、検診結果の報告を行うことを承諾します。

記

利用者	住所	守谷市		
		電話番号		
	フリガナ			
	氏名	(男・女)		
	生年月日	年	月	日 歳
	検診病院	受診日：令和 年 月 日		
確認欄 (要チェック)	<input type="checkbox"/>	脳ドックを利用するので、今年度は市が行う 特定健康診査は受けません		

受付番号

特記事項	国保番号			
	記号	守谷		
	番号			
	特定重複		データ活用	
税		予約		