

脳ドック

鴻巣市国民健康保険脳ドック検査料助成申請書

令和 年 月 日

(宛先) 鴻巣市長

〒 住所 鴻巣市
申請者 氏 名
(受診者) 電話番号

脳ドックを受診しましたので、鴻巣市国民健康保険脳ドック検査料助成要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

また、助成の審査に当たり、市が納税関係台帳等必要な書類の確認をすることに同意します。

被保険者証	記号	こののす	番号	(枝番)
受診者	氏 名			
	生年月日	年 月 日	年齢	(検査日時点) 歳
検査医療機関				
検査年月日		令和 年 月 日		
振込金融機関		口座種目及び口座番号		口座名義人
銀行		普通・当座		フガナ
信用金庫		口座番号		
農協				
支店				

※職員記入欄

宛名番号: _____

必須項目: MRI MRA

添付書類: 受診結果の写し 受診に係る領収書の写し

収納確認: 未納なし 未納あり

備考 (_____)

費用 _____ 円×0.7= _____

助成 _____ 円 (100円未満切り捨て、上限28,000円)