受付番号

令和６年度 基山町国民健康保険脳ドック受診申請書

　基山町国民健康保険脳ドックを受診したいので、申請します。

　なお、国民健康保険事業運営の資料として、指定医療機関から町へ検診結果を通知することを承諾します。また、町が実施する保健指導の対象者に該当した場合は、保健指導を受けることに同意します。

　　令和６年　　月　　　日

　　基山町長　松　田　一　也　様

　　　　　　　　　　　　　　（申請者）　**申込者本人でない場合**、ご記入ください

　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

|  |  |
| --- | --- |
| 　 | 　　基 |
| （該当を○で） | 　　大字小倉　　　　　大字長野基山町　大字園部　　　　　　　　　　　　番地　　　　　大字宮浦　　　　　けやき台　　　丁目 |
|  | 　　　 |
|  | 昭和　　　年　　月　　日　（　　　歳）※令和6年4月1日現在 |
| **（本人以外の場合）** | 　　　　　 | 電話番号 |  |
| 指定医療機関（○をつける） |  | やよいがおか鹿毛病院 |
|  | 大島病院 |