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 | | |