

見本

黄色部分 をご記入ください

No.

令和6年度 鹿児島市国民健康保険脳ドック利用補助金交付申請書

被保険者証	記号		番号		電話	
利用する	氏名					
被保険者	生年月日	昭和	年	月	日	歳 ※年齢は4月1日現在
検診医療機関名	伊敷病院					
検査内容	上記検診医療機関の定めた検査内容					

※ 上記以外にも検診に必要な被保険者証の記載内容について、国民健康保険課から検診医療機関へ情報提供します。

上記のとおり、脳ドック利用補助金の交付を受けたいので、申請します。
なお、補助利用による検診を受ける場合は、検診医療機関へ請求を委任するために補助利用券を提出すること及び検診医療機関が鹿児島市へ検診結果の情報提供を行うことに同意します。

令和 年 月 日

申請日を記入ください

鹿児島市長殿

利用者 住所 鹿児島市 丁目 番 号
町 番地

氏名

(宛名番号:

)

保険税	完	未	受付印
照合	納	納	