

様式第1号（第5条関係）

令和 年 月 日

黒石市長 様

住 所

申請者(受診者)氏名

世帯主氏名

黒石市国民健康保険脳ドック検診費用助成申請書

脳ドック検診費用の助成を受けたいので、黒石市国民健康保険脳ドック検診費用助成事業実施要綱第5条の規定により申請します。

次の必要事項を御記入ください。

申請者(受診者)の 生年月日	昭和 年 月 日	電話番号	(自宅)
	平成		(携帯)
脳血管疾患治療中 又は入院中	有 ・ 無	妊娠中 (女性のみ回答)	有 ・ 無
心臓ペースメーカー	有 ・ 無	体内金属等の 埋込み	有 ・ 無 (部位)

- 昨年度に市の脳ドック検診を受けた方は申請できません。
- 体内に金属等のある方は検診ができない場合もあります。

受付No.	
-------	--