令和8年度

脳ドック申込書

（宛先）桑折町長　様　　令和 8 年 5 月　　日

国民健康保険 被保険者証	記号	島 13	番号	
フリガナ				
受診者氏名				
生年月日	昭 和　　年　　月　　日　年齢　　歳			
住　所	〒969－16 桑折町			
連絡先 （電話番号）	日中連絡のつく電話番号			

－－－－－－ ●行政記入欄● －－－－－－

要件確認	資格確認
あり ／ なし	あり ／ なし

※ 注意事項

・国民健康保険税に滞納のある方は申し込みできません。

・今年度の人間ドック受診対象の方は申し込みできません。

・脳ドック受診日に国民健康保険の資格が喪失している場合は、全額自己負担となります。

・お勤め先の医療保険（協会けんぽ、健保組合、共済組合等）に加入している方は申込対象外です。

受付番号