

国民健康保険脳ドック検診申込書

伊達市長

伊達市国民健康保険脳ドック検診を下記のとおり申し込みます。

審査のため、世帯の国民健康保険税納付状況を閲覧することに同意します。また、下記注意事項について確認しました。

申込日	年 月 日	被保険者 記号番号	(枝番)	
(ふりがな) 氏 名		生年月日	年 月 日	
電話番号		本年度末到達年齢		歳
住 所	〒960- 伊達市			

申込者本人以外の方がお手続きされた場合、以下についてご記入ください。					
氏名		続柄		電話番号	— —
住所					

【注意事項】

- 伊達市国民健康保険脳ドック検診は、次の要件すべてに該当する方が対象となります。
 - (1) 当該年度内に満 40 歳以上となる被保険者
 - (2) 脳ドックの受診時において、被保険者の資格を有する方
 - (3) 国民健康保険税を滞納していない世帯の方
- 受診票がお手元に届いた後に伊達市国民健康保険の資格を喪失した場合は、本脳ドック検診を受診することができません。

【職員チェック欄】

受付者印	国保資格 <input type="checkbox"/>	40 歳以上 <input type="checkbox"/>	本人確認 (必須) : マイナンバーカード・免許証 その他 ()
確認者印	納付状況 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 承認	受診票交付 : NO. 交付日 : 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 不承認	不承認通知発送日 : 年 月 日