

脳ドック助成申込書

令和 年 月 日

（あて先）大東市長

（申込者） 住 所

氏 名

電話番号 （ ）

受診者との続柄

受診者	被保険者 記号番号	大 国 番 号		
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 （満 歳）		

【提出書類】

☐ 申込者の本人確認ができる書類（マイナンバーカード・運転免許証等）

※郵送で申し込みする場合は写し

※注意事項

- ・大東市国民健康保険被保険者の期間が 1 年以上継続していないと申込できません。
- ・新型コロナウイルス感染症により、受診者数の制限を行っている場合があり、予約が取りにくいことがありますのでご了承ください。

以下は記入しないでください。

決裁	担当	受付日