

脳ドック受診券交付申込書

年 月 日

（宛先）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（表面）・運転免許証等）
※郵送で申込みをする場合は写し

※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みができません。

以下は記入しないでください。

決裁	担当	受付日