

様式第1号

金沢市国民健康保険
脳ドック受診助成申請書

(あて先) 金沢市長

令和7年 月 日
(2025年)

〒

申請者 住 所 金沢市

氏 名

受診希望者

被保険者証記号・番号	—		
住 所	金沢市		
(ふりがな)		電話	—
氏 名			
昭和 年 月 日 生 滿 歳			

【脳ドック受診を希望される方へ】

金沢市国民健康保険脳ドックは、被保険者の脳疾患の早期発見、早期治療と健康の維持増進を目的に実施しています。

検査実施機関からの検査結果は、市で適切に保管し、保健事業に活用させていただきます。

受付番号	第 B 番	資格等の確認
------	-------	--------