

安来市国民健康保険

令和5年度 脳健診申込書

私は、令和5年度脳健診の対象者として要件を満たしており、下記の事項について了承の上で申し込みます。

●令和5年度安来市国民健康保険（以下安来市国保という）脳健診対象者●

S23.4.1～S59.3.31 生まれで安来市国保に加入している方

国民健康保険税に滞納がない方

令和4年度に実施した安来市国保脳健診を受診していない方

●予めご了解ください●

MRIは強い磁気を利用して検査を行うため、体内に金属や機器の入っている方（例：心臓ペースメーカーを埋め込んでいる）等は、希望されても受けることができない場合があります。

検査結果は、医療機関から安来市にも通知されます。

安来市国保の資格喪失後に受検した場合（年齢到達による後期高齢者医療への移行は除く）は脳健診の費用助成の対象外とし必要経費の全額を自己負担していただくこととなります。

受検票がとどいたらすみやかに予約し、必ず期限内に受検してください。9月ごろに予約が確認できない場合は受検資格を取り消す場合もありますのでご注意ください。

保険証記号番号

06-

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

住所

安来市

氏名

生年月日

昭和

年

月

日

(S23.4.1～S59.3.31)

連絡先

電話

令和

年

月

日

安来市長 田中武夫 様

※太枠の中をご記入ください。

受付者