

令和6年度 柳川市国民健康保険脳ドック検診助成申請書

柳川市長 金子 健次 様

令和 年 月 日

同意事項について了承の上、脳ドック検診助成を申請します。

被保険者記号番号 ※保険証の記号・番号		
受診者	住 所	柳川市
	氏 名	
	生年月日	昭和 年 月 日生
	電話番号	
記入者氏名 ※受診者と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 受診者と同じ
同意事項		<p>① 受診結果を市の保健(指導)事業に使用することに同意します。健診の結果、特定保健指導の対象となった場合は、必ず保健指導を受けます。</p> <p>② 柳川市国民健康保険税については、令和5年度第10期分までの滞納はありません。</p>
注意事項		<p>① 脳ドック検診には、特定健康診査の項目が含まれています。(特定健診を別で受診することはできません。)</p> <p>② 記入いただいた電話番号に、受診の案内など、お電話をすることがあります。</p>
検診費用 (特定健診分含む)		検診費用総額 34,600 円
自己負担額 (特定健診分含む)		17,000円、16,500円(無料クーポン対象)
検診内容		MRI、MRA、頸動脈超音波検査(頸動脈エコー) 特定健診、貧血、心電図、眼底検査
添付書類		特定健康診査受診券
保険税の納付確認		令和5年度10期分までの納付状況(滞納なし、滞納あり)

- ☛ 郵送前にもう一度確認を!! (で確認)
- 太枠内に記入忘れはありませんか?
 - 特定健診受診券を入れ忘れていませんか?