

令和8年度 函館市国民健康保険 脳ドック申込書

保険証番号 <small>(記号「函」に続く番号)</small>		保険者番号	0	1	0	0	2	5
住所	〒 函館市							
フリガナ	※日中つながりやすい番号(固定・携帯いずれも可)							
氏名	電話番号							

【希望する医療機関】

()内に、第1希望には「1」を、第2希望には「2」を記入してください。

※令和8年度の特定健診を同じ医療機関で同時実施します

※各医療機関とも定員がありますのでご希望に添えない場合もあります

() 市立函館病院
() 函館中央病院
() 函館新都市病院
() 函館市医師会病院
() 共愛会病院
() 函館脳神経セントラルクリニック (梁川町16番5号)
() 函館西部脳神経クリニック (豊川町2番4号)

() 希望なし (どちらの医療機関でも構わない方は○を)