

様式第1号 (第6条関係)

国民健康保険人間ドック等検診事業利用申請書

世帯主氏名				
被保険者記号番号		—		
申請者	住所			
	ふりがな			
	氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日 生	年齢	歳
検診希望種類		人間ドック(一泊)・人間ドック(日帰り)・脳ドック・脳MRセット		
希望検診機関				
検診希望日		検診事業利用決定通知書受領後に、私が直接検診機関と連絡調整の上、 検診日を決定します。		
国民健康保険税の納付状況			適 ・ 否	
同年度中の特定健康診査及び人間ドック等検診事業の受診状況			適 ・ 否	
現在の医療機関での受診状況			適 ・ 否	
<p>上記のとおり、人間ドック等検診事業の利用を申請します。 検診結果については、特定健診・特定保健指導に利用することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>那須塩原市長 様</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">電話 (— —)</p>				