年　　月　　日	
黒・西・塩・箒	

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				
被保険者証記号番号		―		
申請者	住所	那須塩原市		
	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	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		菅間記念病院・国際医療福祉大学病院・那須脳神経外科病院 那須赤十字病院・那須中央病院・国際医療福祉大学塩谷病院 栃木県保健衛生事業団		
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

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。

年　　月　　日

那須塩原市長　様

(申請者)

住所　　那須塩原市

氏名　　㊞

電話　(　　―　　―　　)

受付印