

様式第 1 号（第 6 条関係）

後期高齢者医療人間ドック等検診事業利用申請書

被 保 険 者 番 号				
申 請 者	住 所			
	ふりがな		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				
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。		
後期高齢者医療保険料の納付状況			適 ・ 否	
同年度中の特定健康診査、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、事後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 氏名 電話 (— —)				