

年	月	日
黒・西・塩・箒		

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

被保険者証番号				
申請者	住所	那須塩原市		
	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	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。			
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、特定健診・特定保健指導に利用することに同意します。				
那須塩原市長 様		年 月 日		
(申請者)				
受付印		住所	那須塩原市	
		氏名	Ⓜ	
		電話	( — — )	