

受付番号	未納の有無
	有・無

				受付	年	月	日
				伺	年	月	日
				決定	年	月	日
				発行	年	月	日

令和6年度国民健康保険人間ドック等検診申請書

保険証記号番号	—	世帯主名	
受診者	ふりがな 氏名		性別 男・女
	生年月日	昭和 年 月 日	年齢 歳
検診の種類	1. 人間ドック一般（日帰り） 2. 宿泊ドック 3. 脳ドック		
検診機関	1. とちぎメディカルセンター総合健診センター 2. とちぎメディカルセンターとちのき 3. 西方病院 4. 獨協医科大学病院 5. 自治医科大学健診センター 6. 大岡メディカルクラブ 7. 慶友健診センター 8. 宇都宮記念病院 9. 栃木県保健衛生事業団（実施期間：令和7年1月頃まで） 10. 佐野厚生総合病院 11. 佐野医師会病院 12. 佐野メディカルセンター佐野市民病院 13. 済生会宇都宮病院		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>また、当該検診に係る個人情報、検診の実施、結果報告、請求等に利用すること及び当該検診の結果を栃木市に提供することに同意します。</p> <p>ならびに、納付状況を確認することについて、同意します。</p> <p style="text-align: right;">令和6年 月 日</p> <p>(宛先) 栃木市長 申請者 住所 栃木市 氏名 電話番号</p>			