

後 期

別記様式第 1 号（第 7 条関係）

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 年度後期高齢者医療人間ドック等検診申請書

被保険者証番号				
受 診 者	ふりがな		性 別	男 ・ 女
	氏 名			
	生年月日	大・昭 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. 佐野医師会病院 11. 佐野メディカルセンター佐野市民病院 12. 済生会宇都宮病院			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>当該検診に係る個人情報を、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>また、検診の実施決定に当たり必要となる私の住民基本台帳の記録、後期高齢者医療保険料の納付状況並びに必要となる書類を市が調査し、及び閲覧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</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 栃木市</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p>				