

別

### 注意事項

- 今年度75歳になる方(昭和26年4月1日～昭和27年3月31日生)は、**検診予定日に該当する健康保険を元に、「国保」か「後期」いずれかをお選びください。決定後の変更はできません。**
- 市の特定健診・健康診査(集団・個別)との併用はできません。
- 5月末ごろに、決定通知等を郵送いたします。
- 検診機関への予約は、決定後ご自身でお早めにお申し込みください。

番

# 記入例

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

人間ドック等検診申請書

被保険者記号番号	123 - 456789					
受診者	ふりがな	とちぎ はなこ		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	
	氏名	栃木 花子				
	生年月日	大昭	41年	1月	1日	年齢
検診の種類	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 1. (境町・旧医師会病院)とちぎメディカルセンター総合健診センター 2. (大町)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. 宇都宮記念病院 6. 栃木県保健衛生事業団 7. とちぎ健診プラザ 8. 佐野厚生総合病院(国民健康保険の方のみ)					

検診費用一覧を参考に、種類と機関をそれぞれひとつ〇で囲んでください。

※国保と後期では対象の検診機関が異なりますので、ご注意ください。

上記のとおり申請します。

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。

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、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。

令和 8年 4月 7日

(宛先) 栃木市長

申請者 住所 栃木市 万町9-25

氏名 栃木 花子

電話番号 090-1234-5678

※申請者=受診者