

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8年度国民健康保険人間ドック等検診申請書

被保険者記号番号	—	世帯主名	
受診者	ふりがな 氏名		性別 男・女
	生年月日	昭・平 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. (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		
<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、国民健康保険税の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8年 月 日</p> <p>(あて先) 栃木市長</p> <p>申請者 住所 栃木市</p> <p style="margin-left: 40px;">氏名</p> <p style="margin-left: 40px;">電話番号</p>			