

# 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8年度後期高齢者医療人間ドック等検診申請書

被保険者番号					
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	<input type="checkbox"/> 人間ドック一般 (日帰り)	<input type="checkbox"/> 宿泊ドック	<input type="checkbox"/> 脳ドック		
検診機関 (チェックを入れて ください)	<input type="checkbox"/> (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				
	<input type="checkbox"/> (大町)とちぎメディカルセンターとちのき				
	<input type="checkbox"/> 西方病院				
	<input type="checkbox"/> 獨協医科大学病院				
	<input type="checkbox"/> 宇都宮記念病院				
	<input type="checkbox"/> 栃木県保健衛生事業団				
<input type="checkbox"/> とちぎ健診プラザ					
上記のとおり申請します。 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。 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な書類を市が調査し、及び閲覧することについて同意します。					
令和8年 4月 日					
(宛先) 栃木市長					
申請者 住所 栃木市					
氏名					
電話番号					