

受付番号	
国	—

令和4年度高根沢町国民健康保険

人間ドック受診申請書

被保険者記号・番号	—	世帯主氏名	
受診者	フリガナ氏名		性別 男・女
	生年月日	年 月 日	歳
要件	1 満35歳以上 2 国民健康保険税の滞納の有無		適有 否無
受診コース	1 日帰りドック 2 一泊ドック（2日コース） 3 脳ドック 4 総合ドック		
受診予定年月日	年 月 日（ ）～ 年 月 日（ ）		
受診機関名	1 黒須病院 2 栃木県保健衛生事業団 3 栃木県済生会宇都宮病院 4 宇都宮セントラルクリニック 5 宇都宮記念病院総合健診センター 6 藤井脳神経外科病院 7 国際医療福祉大学塩谷病院 8 宇都宮東病院 9 国際医療福祉大学病院 10 富塚メディカルクリニック 11 佐々木記念クリニック 12 鷲谷病院		
令和 年 月 日			
高根沢町長 様 上記のとおり、人間ドックの助成を申請します。 また、受診後の事後指導に必要となる検査結果を、高根沢町に報告されることを承諾します。			
申請者住所 高根沢町			
氏名 (※)			
(電話番号 )			

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。