

那須烏山市長 あて

申請者
(受診者) 住所.....
氏名..... ① 性別 男・女.....
生年月日.....年 月 日 年齢.....歳.....
電話番号..... 証記号番号.....

国民健康保険 人間・脳ドック補助金交付申請書
年度那須烏山市 後期高齢者医療制度

年度における人間・脳ドック補助金について、那須烏山市国民健康保険人間・脳ドック補助金及び後期高齢者医療制度人間・脳ドック補助金交付規程により申請します。

また、規程による市税等の納付状況確認と、この補助利用により受けた検診結果につき、那須烏山市が各検診機関から提供を受けること及び特定保健指導等に利用することについて同意します。

受診を希望する検診機関に○を付けてください。

人間ドック		脳ドック	
那須南病院 (那須烏山市) ヲトゲン・カマ(口・鼻)			藤井脳神経外科病院 (宇都宮市)
宇都宮記念病院 (宇都宮市)			宇都宮記念病院 (宇都宮市)
宇都宮東病院 (宇都宮市)			宇都宮東病院 (宇都宮市)
宇都宮セントラルクリニック (宇都宮市)			宇都宮セントラルクリニック (宇都宮市)
国際医療福祉大学病院 (那須塩原市)			国際医療福祉大学病院 (那須塩原市)
塩谷病院 (矢板市)			塩谷病院 (矢板市)
済生会宇都宮病院 (宇都宮市)			済生会宇都宮病院 (宇都宮市)
栃木県保健衛生事業団 (宇都宮市)			
黒須病院 (さくら市)			

※ 那須南病院希望の方は、消化器検査でトゲンか胃カメラ(口または鼻から)のどちらかを選択してください。

事務処理欄	受付印	資格・年齢	市税等	その他
	烏山庁舎 南那須庁舎 受付者	国保一般 国保高齢 退職本人 退職被扶 後期高齢	国保 市税・後期保険料	