

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

那須町長 様

〒 ー

申請者 住 所 那須町大字

氏 名

印

人間ドック検診申請書

加入保険 (加入保険に○)	那須町国民健康保険 ・ 後期高齢者医療		
被保険者証 番 号			
フリガナ			
氏 名			
生 年 月 日	年 月 日	性別	男 ・ 女
住 所		電話 番号	
検 診 実 施 医 療 機 関	那須中央病院	<input type="checkbox"/> 日帰り（月～土） <input type="checkbox"/> 1泊2日（月・水・金）	
	菅間記念病院	<input type="checkbox"/> 日帰り（月～土）	
	国際医療福祉大学 病院	<input type="checkbox"/> 日帰り（月～土） <input type="checkbox"/> 1泊2日（月・水・金）	
	国際医療福祉大学 塩谷病院	<input type="checkbox"/> 日帰り（月～土） <input type="checkbox"/> 1泊2日（月・水・金）	
	那須赤十字病院	<input type="checkbox"/> 日帰り（月～金）	
	白河厚生総合病院	<input type="checkbox"/> 日帰り（月～金）	
	済生会宇都宮病院	<input type="checkbox"/> 日帰り（月～土） <input type="checkbox"/> 1泊2日（月～金）	
受 診 日	年 月 日（ ） ～ 日（ ）		