

年 月 日

那須町長 様

〒 ー

申請者 住 所 那須町大字

氏 名

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	電話 番号	
住 所			
検診実施 医療機関	那須中央病院	<input type="checkbox"/> 日帰り（月～土）	
	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）	
	塩谷病院	<input type="checkbox"/> 日帰り（月～土） <input type="checkbox"/> 通院（月～土）	
	那須赤十字病院	<input type="checkbox"/> 日帰り（月～金） 【胃あり ・ 胃なし】	
	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）	