

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

人間ドック等検診申請書

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） <input type="checkbox"/> 脳（月～土）	
	菅間記念病院	<input type="checkbox"/> 日帰り（火～金） <input type="checkbox"/> 脳（火～金）	
	国際医療福祉大学病院	<input type="checkbox"/> 日帰り（月～土） <input type="checkbox"/> 脳（月～土）	<input type="checkbox"/> 1泊（月・水・金）
	国際医療福祉大学 塩谷病院	<input type="checkbox"/> 日帰り（月～金） <input type="checkbox"/> 脳（月～金）	<input type="checkbox"/> 通院（月～金）
	那須赤十字病院	<input type="checkbox"/> 日帰り（月～土） 【胃あり・胃なし】	<input type="checkbox"/> 脳（月～金）
	白河厚生総合病院	<input type="checkbox"/> 日帰り（月～金）	<input type="checkbox"/> 1泊（火水・木金）
	済生会宇都宮病院	<input type="checkbox"/> 日帰り（月～土） <input type="checkbox"/> 脳（月～土）	<input type="checkbox"/> 1泊（月～金）