

塩谷町告示第 47 号

塩谷町後期高齢者医療被保険者の人間ドック検診料助成に関する要綱の一部を改正する告示をここに公布する。

令和 6 年 3 月 26 日

塩谷町長 見形 和久



人間ドック受付番号	受診券番号

受診者	被保険者番号		行政区	区	性別	男・女		
	フリガナ		生年月日	年 月 日			年齢	才
	氏名							

希望の検診機関及びコースに○を付けてください ◎担当課使用欄 後期高齢者医療保険料完納 適 ・ 否

1 栃木県保健衛生事業団	人間ドック基本コース	人間ドック婦人コース	
2 那須中央病院	人間ドック( 基本 ・ 婦人 )	総合ドック( 基本 )	脳ドック
3 国際医療福祉大学塩谷病院	人間ドック( 基本 ・ 婦人 )	総合ドック( 基本 ・ 婦人 )	脳ドック
4 国際医療福祉大学病院	人間ドック( 基本 ・ 婦人 )	総合ドック( 基本 ・ 婦人 )	脳ドック
5 宇都宮セントラルクリニック	人間ドック( 基本 ・ 婦人 )	総合ドック( 基本 ・ 婦人 )	脳ドック
6 宇都宮東病院	人間ドック( 基本 ・ 婦人 )	総合ドック( 基本 ・ 婦人 )	脳ドック
7 獨協医科大学日光医療センター	人間ドック( 基本 ・ 婦人 )	総合ドック( 基本 ・ 婦人 )	脳ドック
8 済生会宇都宮病院	人間ドック( 基本 ・ 婦人 )	総合ドック( 基本 ・ 婦人 )	脳ドック
9 中山会宇都宮記念病院	人間ドック( 基本 ・ 婦人 )	総合ドック( 基本 ・ 婦人 )	脳ドック
10 那須赤十字病院	人間ドック( 基本 )	総合ドック( 基本 )	脳ドック

※受診日につきましては、申込者から健診機関(病院)に連絡し、調整のうえ決定してください。 受診希望日 年 月 日

塩谷町長 様

上記のとおり人間ドックの助成を申請します。  
なお、検査結果を塩谷町に報告すること、また町が行う保健指導に利用することについて同意します。

年 月 日  
受診者住所 塩谷町大字 氏名  
電話( )