

8年度 燕市国民健康保険総合健康診断（人間ドック）受診申請書

住 所	〒 燕市	
世帯主名		被保険者の記号番号
		電 話 番 号

※希望する人だけ下の欄に記入してください。

氏名(性別) 生年月日	希望する検診機関（必ず1つだけ選び○印で囲んでください。）	備 考
フリガナ 氏名 (男・女) 年 月 日生	<ul style="list-style-type: none"> ・県立吉田病院 ・済生会三条病院 ・岩室成人病検診センター ・県央健診スクエア ・新潟県健康管理協会 ・下越病院 ・新潟県保健衛生センター ・新潟県けんこう財団 ・新潟脳外科病院 ・済生会新潟病院 ・立川メディカルセンター ・長岡中央総合病院 ・長岡赤十字病院 	
フリガナ 氏名 (男・女) 年 月 日生	<ul style="list-style-type: none"> ・県立吉田病院 ・済生会三条病院 ・岩室成人病検診センター ・県央健診スクエア ・新潟県健康管理協会 ・下越病院 ・新潟県保健衛生センター ・新潟県けんこう財団 ・新潟脳外科病院 ・済生会新潟病院 ・立川メディカルセンター ・長岡中央総合病院 ・長岡赤十字病院 	
フリガナ 氏名 (男・女) 年 月 日生	<ul style="list-style-type: none"> ・県立吉田病院 ・済生会三条病院 ・岩室成人病検診センター ・県央健診スクエア ・新潟県健康管理協会 ・下越病院 ・新潟県保健衛生センター ・新潟県けんこう財団 ・新潟脳外科病院 ・済生会新潟病院 ・立川メディカルセンター ・長岡中央総合病院 ・長岡赤十字病院 	
フリガナ 氏名 (男・女) 年 月 日生	<ul style="list-style-type: none"> ・県立吉田病院 ・済生会三条病院 ・岩室成人病検診センター ・県央健診スクエア ・新潟県健康管理協会 ・下越病院 ・新潟県保健衛生センター ・新潟県けんこう財団 ・新潟脳外科病院 ・済生会新潟病院 ・立川メディカルセンター ・長岡中央総合病院 ・長岡赤十字病院 	