

令和8年度 栃木県医師国民健康保険組合健診申込書

申込日： 月 日（申込締切日 令和8年12月31日）

所属医療機関所在地	
〒	TEL ()
所属医療機関名および代表者（医師）氏名	

※上記と受診券等の送付希望先が異なる場合は下記にご記入ください。

住所	〒	TEL ()
氏名		

健康診査助成金交付請求書（立替払い）が必要な方はこちらにチェック☑を入れてください。

【注意事項】対象者は、40歳以上の加入者です。健診当日、本組合の資格がない場合は受診できませんのでご注意ください。75歳未満の方は人間ドック・生活習慣病健診・特定健診の中からいずれか1つお選び下さい。75歳以上の方は人間ドック・生活習慣病健診の中から1つお選び下さい。

フリガナ	健診申込者		いずれか1つを選んで○を付けてください。		
	氏名	被保険者 記号・番号（枝番） 生年月日 性別	人間ドック	生活習慣病 健診	特定健診
記入例	コクホ タロウ	99・99999999 99 大・昭和50年12月10日 男・女	○		
	国保 太郎				
	コクホ ハナコ	99・99999999 99 大・昭和53年 9月20日 男・女		○	
	国保 花子				
1		大・昭 年 月 日 男・女			
2		大・昭 年 月 日 男・女			
3		大・昭 年 月 日 男・女			

【申込先】郵送またはFAXでお送りください。

〒320-8503 宇都宮市駒生町 3337-1 とちぎ健康の森内 栃木県医師国民健康保険組合

FAX：028-625-9703

お問合せ先 TEL：028-622-4378 担当：業務課 三原