

記入例

軽井沢町後期高齢者医療人間ドック補助金交付申請書

(一泊 ・ 日帰り)

該当する項目に○

申請金額	金 10,000 円	日帰り 10,000円 一泊 20,000円
被保険者番号	012345678	
生年月日	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
被保険者氏名	軽井沢 後期	
受診年月日	○ 年 ○ 月 ○ 日～ ○ 年 ○ 月 ○ 日	
受診医療機関名	<u>軽井沢病院</u> / 浅間南麓医療センター / 浅間病院 / 佐久総合病院 ※上記医療機関にて受診された方→結果の提出について同意 (<u>有</u> / 無) その他 () ※その他医療機関及び同意無の方は、結果の提出が必要です	

※受診医療機関名は○を付けてください。

その他の場合は医療機関名を記入してください。

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

○ 年 ○ 月 ○ 日 (←提出日)

軽井沢町長 様

申請者 住 所 軽井沢町大字▲▲ ●●番地

氏 名 ○○ ○○○

電話番号 090-△△△△-△△△△

※平日の日中にかかる電話番号