

様式第1号 (第4関係)

軽井沢町国民健康保険人間ドック補助金交付申請書
(一泊 ・ 日帰り)

申請金額	金 円
被保険者証	記号 軽 番号
生年月日	昭和 年 月 日
被保険者氏名	
受診年月日	年 月 日 ~ 年 月 日
受診医療機関名	軽井沢病院 / 浅間南麓こもろ医療センター/ 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 (有 / 無) その他 () ※その他医療機関及び同意無の方は、結果の提出は必要です

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

年 月 日

軽井沢町長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____

電話番号
(携帯) _____

役場使用覧	
未納確認	
担 当	