

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 | 令和○ 年 ○ 月 ○ 日 ~ 年 月 日 | |
| 受診医療機関名 | 軽井沢病院 浅間南麓こもる医療センター / 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。

該当する項目に○

令和○ 年 ○ 月 ○ 日

軽井沢町長 様

申請者 住所 軽井沢町大字長倉2381-1

氏名 軽井沢 後期

電話番号
(携帯) 090-0000-00000

| 役場使用覧 | |
|-------|--|
| 未納確認 | |
| 担当 | |