

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)

該当する項目に○

申請金額	金 10,000 円	日帰り10,000円
被保険者証	記号 軽 番号 1234567	一泊 20,000円
生年月日	昭和 57 年 1 月 1 日	
被保険者氏名	軽井沢 太郎	
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 太郎

電話番号
(携帯) 090-0000-00000

役場使用覧	
未納確認	
担当	