

様式第1号

高知市国民健康保険 はり・きゅう・マッサージ施術券交付申請書

令和 年 月 日

高知市長

様

申請者 住 所 高知市
氏 名 _____
電話番号 _____

下記被保険者につき、施術券の交付を申請します。

| 記 号 番 号 | | | |
|-------------------|---------|-------|-------|
| | 住 所 | | |
| 施術を受ける 被 保 険 者 | フ リ ガ ナ | | |
| | 氏 名 | | |
| | 生年月日 | S・H・R | 年 月 日 |

※ 下欄には記入しないでください。

世帯主

(交付状況内訳)

| | | |
|---------------|-----|------|
| 交付申請日 | ・ | ・ |
| 交付枚数 | 5 | |
| 受付状況 | 窓口 | ・ 郵送 |
| 発行状況 (発行日) | 1回目 | ・ |
| 備考 | | |

| | | | |
|------|-----------------------|---|---|
| <滞> | 有 | ・ | 無 |
| 確認書類 | 保険証・資格確認書 他(免許証・) | | |
| 受付 | ・ 〒・センター | | |

【注】この施術券の交付を受けるときは、本人確認ができるものの提示が必要です。