

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			
施術を受ける 被   保   険   者	住      所		
	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。