

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。

被保険者記号番号				
施術を受ける 被 保 険 者	住 所			
	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	昭和	年	月

※ 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・免許証 他()
------	-----------------

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。