



様式第1号

高知市後期高齢者医療

はり・きゅう・マッサージ施術券交付申請書

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。

被保険者番号			
施術を受ける 被保険者	住 所		
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年	月 日

※ 下欄には記入しないでください。

(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)	回目 ・ ・
備 考	

<滞>	有 ・ 無
-----	-------

確認書類 (窓口)	資格確認書・マイナ 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。