

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

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		
	ふりがな		
	氏 名		
	生年月日	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	
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	
------	--

受付	・ ・
----	-----

【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。