

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。