

# 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 \_\_\_\_\_ 印

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

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	年 月 日	性 別	

※ 下記には記入しないでください。

(交付状況内訳)	・	・	・	・
交付申請書				
交付枚数				
受付状況				
発行状況 (発行日)	( ・ ・ )	( ・ ・ )	( ・ ・ )	( ・ ・ )
備 考				

【注】この申請書を提出するときには、被保険者証を提出してください。