はり・きゅう施術券交付申請書

小 郡 市 長　　殿

申請者　住所　小郡市

氏名　　印

電話番号

※利用者が加入している健康保険（①または②）にご記入ください。

①国民健康保険加入者

被保険者証の記号・番号									世帯主名	申請者との続柄
記号			番号							

②後期高齢者医療加入者

被保険者番号								被保険者名	申請者との続柄

はり・きゅう施術券の交付を申請します。

令和　　年　　月　　日

受付番号	