

様式第2号（第5条関係）

西都市国民健康保険はり・きゅう・マッサージ施術受療券交付申請書

被保険者記号番号		
施術料の助成を受けようとする被保険者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	
申請の理由	【部位】 頭・首・手・腰・足・肩・その他（ ） ※該当する部位に○を付けてください。 【症状】	
上記のとおり申請します。 年 月 日 西都市長 様 申請者 氏 名 連絡先		

市記載欄

交付年月日	受療券交付番号	交付対象期間	申請区分		担当者
		月分～	新 規		
			変 更		
		月分	再交付		