

(様式第6-1号)

# 千代田区国民健康保険 「はり・きゅう・マッサージ」施設利用券交付申請書

千代田区長 殿

年 月 日

申 込 者 住 所 〒

氏 名 ㊟

電話番号 ( )

千代田区国民健康保険及び後期高齢者医療「はり・きゅう・マッサージ」施術に対する補助事業に関する要綱第5条第1項の規定に基づき、利用券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。  
なお、利用券に記載してある注意事項を厳守いたします。

被保険者証	記号番号 01— —	交付枚数 24枚
利用者氏名	生 年 月 日	発行番号
	昭和 年 月 日	
	昭和 年 月 日	
	昭和 年 月 日	
	昭和 年 月 日	

課長	係長	係員	照合
			資 格 収 納 入 力